



INTESA SANPAOLO
VITA

Fascicolo Informativo

Polizza Proteggimutuo Vita

**Contratto di assicurazione vita
abbinato ai mutui**

Mod. 186237 - Ed. 04/2015/B

Il presente Fascicolo Informativo, contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario e il Fac-simile del Modulo di Adesione alla polizza collettiva, deve essere consegnato all'Assicurato prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla polizza collettiva.

**AVVERTENZA: PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE
ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.**

Sommario

Nota Informativa

**Polizza ProteggiMutuo Vita
Condizioni di Assicurazione**

Glossario

Fac-simile del modulo di adesione

Fac-simile della proposta di adesione

Questionario medico

Rapporto di visita medica

Fac-simile del modulo di adesione a seguito di proposta

Informativa sul trattamento dei dati personali

Informativa in materia di protezione dei dati personali al familiare vivente dell'Assicurato



INTESA SANPAOLO
VITA

Polizza Proteggimutuo Vita

Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema previsto dal regolamento ISVAP n.35 del 26/05/2010, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Data ultimo aggiornamento: 31 marzo 2015

A. Informazioni sull'impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

a) Denominazione, forma giuridica e gruppo di appartenenza

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. è una Compagnia di assicurazione del Gruppo Intesa Sanpaolo

b) Indirizzo della Sede legale, della Direzione Generale e degli Uffici amministrativi

Sede legale in Corso Inghilterra, 3 – 10138 Torino – Italia

Uffici amministrativi in viale Stelvio, 55/57 – 20159 Milano – Italia

c) Contatti telefonici, fax, sito internet e indirizzo di posta elettronica

Il numero di telefono degli Uffici amministrativi è + 39 02.3051.1

Il Servizio Clienti risponde al numero +39 02.30.412.412

Il numero di fax è: + 39 02.3051.8188

Il sito internet è: www.intesasanpaolovita.it

L'indirizzo di posta elettronica: servizioclienti@intesasanpaolovita.it.

d) Autorizzazione all'esercizio e numero di iscrizione all'Albo delle imprese di assicurazione

La Società è autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M. n. 17260 del 15/10/1987 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 251 del 27/10/1987 e con Provvedimento n. 2316 del 18/11/2004 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 286 del 06/12/2004.

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. è stata costituita a Bologna in data 23/12/1986, è iscritta al Registro delle Imprese di Torino al numero 02505650370 e all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al numero 1.00066 ed è capogruppo del Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base al bilancio d'esercizio 2014 Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., dispone della seguente situazione patrimoniale:

Patrimonio netto	Capitale sociale	Riserve patrimoniali	Indice di Solvibilità *
€ 2.740,36 milioni	€ 340,42 milioni **	€ 1.951,00 milioni	1,47

(*) L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile della Compagnia e quello richiesto dalla normativa vigente. Esso misura la capacità della Compagnia di far fronte agli impegni assunti.

(**) Il presente dato sostituisce e aggiorna i riferimenti al capitale sociale contenuti nella restante documentazione precontrattuale consegnata alla clientela all'atto della sottoscrizione di contratti assicurativi.

Eventuali aggiornamenti sulla situazione patrimoniale della Compagnia sono disponibili sul sito www.intesasanpaolovita.it

B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata del contratto è scelta dall'Assicurato

La durata del contratto può variare da 2 a 40 anni, e la scadenza non può essere successiva a quella del mutuo al quale l'assicurazione è collegata.

Il contratto prevede la seguente prestazione assicurativa : in caso di decesso dell'Assicurato

Per i dettagli: Condizioni di Assicurazione all'Art.1 "Oggetto della copertura assicurativa".

► AVVERTENZE

La copertura assicurativa può non operare

La polizza prevede **esclusioni** dalla copertura assicurativa che possono comportare il mancato pagamento della prestazione.

Per i dettagli: Condizioni di Assicurazione Art. 21 "Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni"

Se, al momento del contratto, l'Assicurato non ha effettuato la visita medica, come indicato nell'articolo 2 "Persone assicurabili e modalità assuntive" delle Condizioni di Assicurazione, sarà applicato un "periodo di carenza" di 180 giorni dalla data di decorrenza della polizza: nei primi 180 giorni di contratto, quindi, la garanzia che copre il decesso dell'Assicurato non sarà pienamente operante.

Per i dettagli: Condizioni di Assicurazione Art. 24 "Clausola di carenza".

Prima di sottoscrivere le dichiarazioni relative allo stato di salute, si raccomanda di leggere attentamente tutte le avvertenze riportate sulla Proposta e sul Modulo di adesione.

4. Premi

L'importo del premio

L'importo dipende da:

- durata del contratto di assicurazione;
- età assicurativa dell'Assicurato all'adesione della polizza;
- numero di anni di differenza tra la scadenza dell'assicurazione e quella del mutuo;
- importo del capitale richiesto.

Per i dettagli: Condizioni di Assicurazione Art. 1 "Oggetto delle coperture".

Il pagamento del premio è in un'unica soluzione

Il pagamento avviene al momento della sottoscrizione della polizza ed è addebitato sul conto corrente dell'Assicurato presso la Banca che ha erogato il mutuo. L'estratto conto bancario costituisce a tutti gli effetti la ricevuta che certifica l'avvenuto pagamento del premio (quietanza).

Il premio può essere finanziato

L'importo del premio può essere aggiunto all'importo del mutuo. In questo caso sarà prelevato totalmente dal mutuo erogato.

Per i dettagli : Condizioni di Assicurazione Art 5 "Pagamento del premio".

Costi sul premio

Sul premio versato verrà prelevato un costo variabile secondo i seguenti parametri:

Durata della copertura assicurativa in anni (*)	Totale dei costi a carico dell'Assicurato in % del premio versato	Quota parte dei costi percepita dall'intermediario	
		Espressa in % del premio versato	Espressa in % dei costi a carico dell'Assicurato
2-5	41,9%	38,0%	90,7%
6-10	43,3%	38,0%	87,8%
11-15	45,1%	38,0%	84,3%
16-20	47,3%	38,0%	80,3%
21-25	48,6%	38,0%	78,2%
26-30	50,1%	38,0%	75,8%
31-35	52,2%	38,0%	72,8%
36-40	54,1%	38,0%	70,2%

(*) per l'attribuzione della classe di durata di appartenenza si considera la durata dell'assicurazione con arrotondamento per eccesso/ difetto all'anno intero.

In caso di estinzione anticipata della polizza conseguente all'estinzione o al trasferimento del contratto di mutuo, ovvero nei casi di sinistro nei quali la Compagnia accerti che l'Assicurato non aveva le condizioni di assicurabilità previste dall'Art. 2 "Persone assicurabili e modalità assuntive" delle Condizioni di assicurazione, la Compagnia applicherà spese amministrative di importo pari a 10,00 euro. L'intermediario non percepisce una quota parte di tale costo.

► AVVERTENZA

Nei casi di estinzione anticipata totale o trasferimento del mutuo, la Compagnia può restituire il premio già pagato

In caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del mutuo, la Compagnia restituisce all'Assicurato la parte di premio pagato relativa al periodo che rimane dalla data di estinzione o trasferimento fino alla scadenza del contratto assicurativo.

Oppure mantenere attiva la copertura

In alternativa, su richiesta dell'Assicurato, la Compagnia può garantire la copertura assicurativa fino alla scadenza del contratto a favore del nuovo Beneficiario indicato dall'Assicurato.

Per i dettagli: Condizioni di Assicurazione Art. 6 "Cause di annullamento del contratto, altri eventi relativi al mutuo sottostante".

C. Informazioni sui costi, sconti, regime fiscale

5. Costi**5.1 Costi gravanti direttamente sull'Assicurato**

Questa polizza prevede un costo di acquisizione e amministrazione che varia in base alla somma versata e alla durata della polizza e che è prelevato direttamente dal premio secondo i seguenti parametri:

Durata della copertura assicurativa in anni (*)	Totale dei costi a carico dell'Assicurato in % del premio versato
2-5	41,9%
6-10	43,3%
11-15	45,1%
16-20	47,3%
21-25	48,6%
26-30	50,1%
31-35	52,2%
36-40	54,1%

(*) per l'attribuzione della classe di durata di appartenenza si considera la durata dell'assicurazione con arrotondamento per eccesso/difetto all'anno intero.

In alcuni casi è previsto un ulteriore costo amministrativo

- La Compagnia applicherà un costo di 10,00 euro a fronte delle spese amministrative sostenute in due differenti situazioni: estinzione anticipata della polizza in seguito all'estinzione o al trasferimento del contratto di mutuo;
- in occasione di un sinistro per il quale la Compagnia accerti che l'Assicurato non era in possesso dei requisiti necessari per la stipula della polizza (come indicato nell'articolo 2 delle Condizioni di assicurazione "Persone assicurabili e modalità assuntive").

QUOTA PARTE PERCEPITA IN MEDIA DALL'INTERMEDIARIO

Per i costi di acquisizione e amministrazione	La quota parte percepita in media dall'intermediario in percentuale è pari a 80,9%
Per il costo amministrativo applicato in caso di: • estinzione anticipata della polizza, in seguito all'estinzione o al trasferimento del contratto di mutuo; • sinistro per il quale la Compagnia accerti che l'Assicurato non era in possesso delle caratteristiche indispensabili per la stessa stipula della polizza	La quota parte percepita in media dell'intermediario è pari a 0%

6. Regime fiscale

Al contratto si applica il trattamento fiscale italiano.

Non sono previste imposte sul premio

E' possibile detrarre il premio dall'imposta IRPEF

I premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità totale permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana sono detraibili nella misura e con le modalità previste dalla normativa di riferimento tempo per tempo vigente.

Il calcolo della detrazione per redditi da lavoro dipendente e assimilato

In caso di **redditi di lavoro dipendente e assimilato**, il limite della detrazione dovrà tenere conto anche dei premi di assicurazione per cui il datore di lavoro ha già effettuato la detrazione.

La tassazione delle somme assicurate

Le somme erogate dalla Compagnia al verificarsi del decesso dell'Assicurato sono esenti da IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

D. Altre informazioni sul contratto

7. Modalità di perfezionamento del contratto

Per tutte le informazioni di dettaglio riguardanti le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza della copertura assicurativa si rimanda all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione "Conclusioni, decorrenza e durata delle coperture".

8. Diritto di recesso dell'Assicurato**Termini per il recesso**

L'Assicurato ha tempo 60 giorni dalla conclusione del contratto per comunicare che non intende mantenerlo in vigore inviando una lettera raccomandata A/R a:

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Polizze C.P.I.
Viale Stelvio, 55/57 – 20159 Milano

Entro 30 giorni la Compagnia restituisce il premio

La Compagnia restituisce il premio versato all'Assicurato entro 30 giorni dalla data in cui ha ricevuto la comunicazione di recesso.

Per effetto del recesso le parti sono libere da obblighi

Dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso (fa fede la data del timbro postale), Compagnia e Assicurato possono considerarsi liberi dagli obblighi reciproci presenti sul contratto di polizza.

Per i dettagli: Condizioni di Assicurazione Art. 19 "Diritto di recesso".

► ATTENZIONE**Anche la Compagnia può esercitare il diritto di recesso****Questo accade se l'Assicurato fornisce informazioni errate**

Se la Compagnia, in occasione di un sinistro, viene a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento della sottoscrizione della polizza, può rifiutarsi di pagare la prestazione assicurata e comunicare il recesso dal contratto.

Modalità di recesso

- La Compagnia invia ai Beneficiari la comunicazione scritta di recesso unilaterale;
- entro 30 giorni dalla data di ricevimento dell' IBAN la Compagnia restituisce ai Beneficiari la parte di premio già pagata e non goduta (riferita al periodo intercorrente tra la data in cui la Compagnia è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza e quella di scadenza naturale del contratto);
- il premio che la Compagnia dovrà restituire sarà calcolato con gli stessi criteri utilizzati in caso di estinzione anticipata o trasferimento del mutuo, riportati in dettaglio nell'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione "Cause di annullamento del contratto, altri eventi relativi al mutuo sottostante".

9. Documentazione da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

In caso di decesso dell'Assicurato durante il contratto

Se avviene il decesso dell'Assicurato prima della scadenza della polizza, la Compagnia verifica che vi siano tutte le condizioni perché sia pagata la prestazione assicurata e provvede alla liquidazione ai Beneficiari delle somme dovute comunque entro 30 giorni dalla data in cui ha ricevuto tutta la documentazione richiesta. Decorso tale termine, la Compagnia sarà tenuta a corrispondere gli interessi moratori agli aventi diritto sino alla data di effettivo pagamento. Tali interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato ai sensi di legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

Si rimanda all'Art. 25 delle Condizioni di Assicurazione "Documentazione richiesta in caso di sinistro" per i dettagli relativi alla documentazione che i Beneficiari sono tenuti ad inviare alla Compagnia.

I diritti del contratto si prescrivono in 10 anni

Come da articolo 2952 del Codice Civile e successive modificazioni e integrazioni, i diritti previsti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

La Compagnia devolve i fondi prescritti

Decorso tale termine i Beneficiari perdono il diritto a ricevere il pagamento della prestazione assicurata e le somme dovute dalla Compagnia sono devolute al "Fondo per le vittime delle frodi finanziarie", come indicato nella legge numero 266 del 23/12/2005 e successive modifiche e integrazioni.

10. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

11. Lingua in cui è redatto il contratto

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

12. Reclami

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

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.
Gestione Reclami e Qualità del Servizio
Viale Stelvio 55/57 – 20159 Milano
Fax +39 02.3051.8072
Email: ufficioreclami@intesasanpaolovita.it

Il Cliente che non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, può presentare un esposto con la documentazione relativa a:

IVASS
Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
Telefono +39 06.42.133.1
Fax +39 06.42.133.745 oppure + 39 06.42.133.353

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro ricevuto;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internalmarket/finances-retail/finnet/index_en.html).

Per le controversie relative al presente contratto gli aventi diritto hanno la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento obbligatorio del processo di mediazione finalizzato alla conciliazione delle controversie civili e commerciali previsto dal D. Lgs. del 4 marzo 2010, n. 28 e successive modificazioni, in quanto condizione pregiudiziale per accedere all'eventuale successivo giudizio.

13. Comunicazioni dell'Assicurato alla Compagnia

Variazione della professione

Come previsto dall'articolo 1926 del Codice Civile, l'Assicurato deve comunicare alla Compagnia ogni cambiamento di professione che avvenga durante il contratto se la professione fa parte dell'elenco di attività presenti all'articolo 2 delle Condizioni di Assicurazione "Persone assicurabili e modalità assuntive".

A tal fine dovrà inviare una lettera raccomandata con avviso di ricevimento a:

**Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Polizze C.P.I.
Viale Stelvio 55/57 – 20159 Milano**

14. Conflitto di interessi

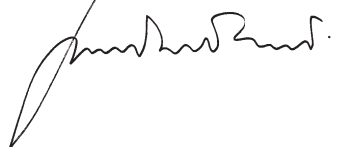
La Compagnia, nell'espletamento delle attività connesse alla gestione dei contratti, può trovarsi in una situazione di conflitto di interesse in relazione a rapporti di consulenza e/o intermediazione intrattenuti con altre Società del Gruppo Intesa Sanpaolo a cui la stessa appartiene.

La Compagnia ha stipulato, infatti, con Banche del Gruppo Intesa Sanpaolo accordi per la promozione e la distribuzione dei suoi prodotti assicurativi presso le relative reti di vendita.

La Compagnia, pur in presenza del conflitto di interesse, opera in modo da non recare danno agli Assicurati e ai Proponenti, negoziando le migliori condizioni al fine di ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

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

Il Rappresentante Legale
Nicola Maria Fioravanti





INTESA SANPAOLO
VITA

Polizza Proteggimutuo Vita

TARIFFA 52CC

Condizioni di Assicurazione

del contratto assicurativo abbinato ai Mutui

Articolo 1

Oggetto della copertura assicurativa

Con l'adesione alla polizza collettiva Proteggimutuo Vita - rivolta esclusivamente ai clienti con i quali la Banca del Gruppo Intesa Sanpaolo (di seguito "la Banca") stipuli o abbia stipulato contratti di mutuo – la Compagnia, alle condizioni e nei limiti stabiliti negli articoli successivi, in caso si verifichi il decesso dell'Assicurato, si obbliga a corrispondere ai Beneficiari un importo pari al capitale assicurato al momento del sinistro (decesso) se:

- il sinistro si è verificato durante il periodo in cui la copertura è efficace;
- il sinistro non rientra nelle esclusioni elencate al successivo Art. 21;
- i Beneficiari hanno inviato alla Compagnia la documentazione completa descritta al successivo Art. 8.

Il capitale assicurato al momento del sinistro viene determinato a partire dall'importo del **capitale assicurato iniziale**.

Il **capitale assicurato iniziale** è costituito dalla somma del capitale richiesto e dell'eventuale premio finanziato.

I limiti di importo del capitale assicurato iniziale per persona assicurabile sono:

- **importo massimo:** pari a quello del mutuo se di nuova erogazione o pari al debito residuo al momento della sottoscrizione del modulo di adesione del mutuo se in corso di ammortamento, con il limite di 500.000,00 euro;
- **importo minimo:** 50% dell'importo del mutuo originariamente richiesto per i mutui di nuova erogazione o 50% del debito residuo nel caso di mutuo in corso di ammortamento, con il limite di 10.000,00 euro.

Il **capitale assicurato iniziale** decresce secondo le regole di calcolo di un piano di ammortamento alla francese a rate mensili costanti posticipate (a prescindere dalla regolare corresponsione delle rate del mutuo sottostante) considerando:

- un TAN pari a quello comunicato dalla Banca, in vigore al momento della sottoscrizione del modulo di adesione di polizza, con il massimo del 7,5%;
- l'eventuale periodo di preammortamento;
- una durata pari al numero di mesi intercorrenti tra la data di decorrenza della polizza e la data di scadenza del mutuo indicata nel modulo di adesione di polizza.

Qualora il TAN in vigore al momento della sottoscrizione del modulo di adesione sia superiore al 7,5%, il TAN utilizzato per il calcolo della prestazione assicurata sarà comunque pari al 7,5%.

Si precisa che nel modulo di adesione di polizza sono indicati:

- il capitale richiesto,
- il capitale assicurato iniziale,
- il premio assicurativo di polizza (compreso l'eventuale premio finanziato),
- il TAN,
- la data di scadenza della polizza,
- la data di scadenza del mutuo.

Articolo 2

Persone assicurabili e modalità assuntive

Requisiti di assicurabilità

È assicurabile la persona fisica che:

- sottoscriva le "Dichiarazioni di buono stato di salute" riportate nel modulo di adesione che è parte integrante del presente contratto di assicurazione nel caso di adesione senza proposta;
- sia di età anagrafica compresa fra i 18 anni compiuti e i 70 anni non compiuti alla sottoscrizione della polizza;
- non compia i 75 anni di età dopo la scadenza della polizza;
- abbia in Italia la residenza intesa come il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale o, se diverso, il domicilio "abituale" inteso come sede principale dei propri affari e interessi;
- non svolga alla sottoscrizione e per tutta la durata della polizza le seguenti professioni:
 - acrobata trapezista;
 - artista controfigura;
 - aviazione civile (*membro equipaggio traffico regolare, pilota elicottero privato, pilota traffico aereo regolare*);
 - chimico o fisico nel campo dell'energia nucleare o della fabbricazione degli esplosivi;
 - collaudatore di auto o motoveicoli dipendente da case automobilistiche e/o motociclistiche;
 - guida alpina;
 - addetto alle Forze armate (*artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti di mezzi aerei, unità speciali*);
 - operaio a contatto con materiale esplosivo o velenoso;
 - operaio di aziende petrolifere su piattaforme in mare;
 - operaio di cementifici;
 - operaio di impianti di energia nucleare;
 - sommozzatore o palombaro;
 - speleologo;
 - titolare o dipendente con lavoro manuale (*in cava con uso di esplosivi, in cantieri edili o in cantieri di sistemazione idraulica entrambi collocati in gallerie, pozzi e simili o che utilizzino esplosivi, in miniera*).

Documentazione richiesta dalla Compagnia in fase di assunzione

In base all'età anagrafica dell'Assicurato e al Capitale Assicurato iniziale, la polizza prevede l'utilizzo di specifica documentazione come dettagliato nella tabella sottostante.

Capitale Assicurato iniziale (in euro)	Età		
	18-61 anni compiuti	62-65 compiuti	66-69 compiuti
Fino a 250.000,00	Modulo di adesione	Proposta di adesione Questionario Medico*	Proposta di adesione Rapporto di visita medica (più i referti medici ivi elencati)*
Da 250.000,01 a 350.000,00	Proposta di adesione Questionario Medico*	Proposta di adesione Rapporto di visita medica (più i referti medici ivi elencati)*	
Da 350.000,01 a 500.000,00	Proposta di adesione Rapporto di visita medica (più i referti medici ivi elencati)*	Proposta di adesione Rapporto di visita medica (più i referti medici ivi elencati)*	

(*) Il Questionario medico (mod. 186243 ed. 04/2015) e il Rapporto di visita medica (mod. 186242 ed. 04/2015), allegati alle presenti Condizioni di Assicurazione, **devono essere compilati in ogni parte dal medico curante e firmati dal Proponente.**

Le spese relative agli accertamenti medici previsti dal Rapporto di visita medica sono a totale carico del Proponente.

È necessario ai fini dell'assunzione del rischio che il Proponente, in fase di sottoscrizione della proposta di adesione o l'Assicurato, alla sottoscrizione del modulo di adesione alla polizza collettiva, sottoscrivano altresì la dichiarazione relativa alle attività professionali.

L'assunzione del rischio viene effettuata sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato alla Compagnia e riportate nella proposta o nel modulo di adesione e della documentazione medica completa pervenuta nonché della verifica sul cumulo, nel rispetto di quanto disciplinato al successivo Art. 12.

Dal momento che le informazioni fornite con tali dichiarazioni sono il presupposto per la corretta assunzione del rischio, risulta di fondamentale importanza che le dichiarazioni stesse siano complete e veritiere.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica delle prestazioni assicurate ricalcolate sulla base dell'età corretta. Restano ferme le valutazioni relative alle condizioni di assicurabilità.

La Compagnia può rifiutare il pagamento della prestazione assicurata qualora, dopo il verificarsi del sinistro, venga a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato all'atto dell'adesione alla polizza collettiva.

In tal caso, la Compagnia invierà ai Beneficiari comunicazione di recesso unilaterale dal contratto ed entro 30 giorni dalla data di ricevimento del riferimento IBAN per l'accredito del premio, restituirà ai Beneficiari designati la parte di premio relativa al periodo per il quale il rischio è cessato, definito come il periodo intercorrente tra la data in cui la Compagnia è venuta a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni dell'Assicurato e la scadenza del contratto di assicurazione. La parte di premio da restituire ai Beneficiari designati si determina secondo le modalità di calcolo utilizzate per il caso di estinzione o trasferimento del contratto di mutuo, riportate al successivo Art. 6.

La Compagnia applicherà, fino a capienza, un costo amministrativo pari a 10,00.

Assicurabilità dei cointestatori del mutuo e capitale assicurato iniziale

In caso di contratto di mutuo cointestato nel quale più mutuatari abbiano i requisiti di assicurabilità, è possibile assicurare:

- una sola delle persone assicurabili con l'emissione di una sola polizza per l'intero capitale richiesto oggetto di assicurazione;
- tutte le persone assicurabili fino ad un massimo di 3, con l'emissione di distinte polizze e ripartendo in quote uguali il capitale richiesto oggetto di assicurazione. In questo caso:
 - i limiti minimi di 10.000,00 euro e massimi di 500.000,00 euro relativi al capitale assicurato iniziale, sono applicati a ciascuna persona assicurata;
 - la decorrenza e la scadenza della polizza ed il capitale richiesto dovranno essere i medesimi per ogni cointestatario assicurabile.

Inoltre in caso di cointestazione, il limite del capitale assicurato iniziale (non inferiore al 50% dell'importo del mutuo originariamente richiesto per i mutui di nuova erogazione o del debito residuo nel caso di mutuo in corso di ammortamento) si riferisce alla somma del capitale assicurato iniziale sottoscritto da ciascun cointestatario.

Articolo 3 Modalità di perfezionamento della proposta

Di seguito l'iter di sottoscrizione della Proposta di adesione alla Polizza ProteggiMutuo Vita.

Il Proponente dovrà inviare tutta documentazione di seguito indicata tramite Raccomandata con avviso di ricevimento a:

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Polizze C.P.I.
Viale Stelvio, 55/57 – 20159 Milano

TEMPI	Il Proponente deve	La Compagnia deve
Entro 30 giorni dalla sottoscrizione della Proposta di adesione che, altrimenti, decade	Effettuare gli accertamenti medici previsti Inviare il Questionario medico dopo averlo compilato con il medico curante e sottoscritto o il Rapporto di visita medica	
Entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa		Comunicare per iscritto al Proponente l'accettazione o il rifiuto della Proposta a seguito del rilevamento di fattori di rischio relativi alla salute del Proponente e/o superamento dei limiti di cumulo (per i dettagli del cumulo si rimanda al successivo Art. 12).
Entro 30 giorni dalla comunicazione di assunzione del rischio (per evitare che la Proposta di Polizza decada)	Recarsi nella Filiale del Gruppo Intesa Sanpaolo in cui ha richiesto il mutuo e sottoscrivere il Modulo di adesione alla polizza.	

Se la sottoscrizione del Modulo di adesione è conseguente all'accettazione della Proposta di adesione da parte della Compagnia per determinare l'importo del premio assicurativo si fa riferimento:

- alle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di adesione;
- all'età assicurativa dell'Assicurato, alla data di sottoscrizione della Proposta di adesione.

In questi casi, il premio indicato nel Modulo di adesione potrebbe non coincidere con quello indicato nella Proposta di adesione. Questo perché

- la durata contrattuale potrebbe essersi ridotta (essendo la sottoscrizione del Modulo di adesione successiva alla data della Proposta);
- e/o il capitale richiesto indicato nel Modulo di adesione potrebbe essersi ridotto rispetto a quello della Proposta di adesione.

Se al momento della sottoscrizione del Modulo di adesione il debito residuo del mutuo risulta inferiore al capitale assicurato iniziale indicato nella Proposta di adesione, sarà necessario ridurre il capitale richiesto: il

nuovo capitale richiesto rappresenterà una percentuale del debito residuo. Più in dettaglio, tale percentuale sarà pari al rapporto tra il capitale richiesto e l'importo del mutuo alla data di sottoscrizione del modulo di adesione.

Articolo 4

Conclusione, decorrenza e durata della copertura

Il contratto di assicurazione si intende concluso alle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di adesione.

Fermo restando quanto indicato al successivo Art. 24 sulla carenza, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di adesione, purché sia stato regolarmente versato il premio di polizza.

Fermo restando quanto previsto al successivo Art. 6, **per ciascun Assicurato la Copertura cessa, alle ore 24.00 del giorno di scadenza della polizza, oppure alle ore 24.00 del giorno in cui si verifichi il decesso dell'Assicurato.**

La data di scadenza della polizza è stabilita dall'Assicurato e indicata sul Modulo o sulla Proposta di adesione; può risultare uguale o antecedente alla scadenza originaria del contratto di mutuo. La data di scadenza del mutuo è indicata sul Modulo di adesione o sulla Proposta di adesione ed è comunicata dalla Banca del Gruppo Intesa Sanpaolo.

Nei casi in cui la data di scadenza della polizza sia antecedente alla data di scadenza del mutuo, la durata della polizza non potrà essere inferiore:

- al 50% della durata di ammortamento del contratto di mutuo, se di nuova erogazione;
- al 50% della durata residua dell'ammortamento del contratto di mutuo, se in corso di ammortamento.

In entrambi i casi, la durata della polizza sarà calcolata in anni interi (sarà sempre calcolato l'anno intero con arrotondamento per eccesso all'unità superiore) e non potrà risultare comunque inferiore a 5 anni.

Invece, se la scadenza della polizza è pari a quella del mutuo, la durata minima può essere pari a 2 anni.

In ogni caso, la durata massima della polizza è di 40 anni con esclusione, se previsto, del periodo di preammortamento, pari ad un massimo di 2 mesi.

Articolo 5

Pagamento del premio

Il premio dovuto alla Compagnia varia in funzione di:

- durata della polizza;
- età assicurativa dell'Assicurato alla data di adesione

della polizza, fatto salvo quanto indicato al precedente Art. 3 nell'ipotesi di accettazione della Proposta di adesione;

- differenza in anni interi (con arrotondamento per eccesso/difetto) tra la scadenza del mutuo e quella della polizza;

- importo del capitale richiesto;

e deve essere versato in un'unica soluzione (Premio unico) al momento della sottoscrizione del Modulo di adesione.

La Compagnia conferisce il mandato all'incasso del premio alla Banca del Gruppo Intesa Sanpaolo presso la quale viene sottoscritta la polizza.

Le Parti prendono atto che questo mandato è conferito nel Modulo di adesione sottoscritto dall'Assicurato, il quale autorizza la Banca al pagamento del premio attraverso l'addebito sul conto corrente di una somma pari all'importo del premio dovuto.

In conseguenza di tale mandato, anche ai fini del perfezionamento del contratto il pagamento del premio si considera come effettuato direttamente a favore della Compagnia.

Per i mutui di nuova erogazione è possibile richiedere il finanziamento del premio, ovvero il relativo importo può essere aggiunto a quello preso a prestito con il mutuo. In tal caso l'Assicurato autorizza la Banca a trattenere dal conto corrente il premio assicurativo, prendendo atto che l'addebito della somma corrispondente varrà come pagamento del premio unico a favore della Compagnia.

L'estratto conto bancario costituisce a tutti gli effetti ricevuta di pagamento (quietanza).

Articolo 6

Cause di annullamento del contratto, altri eventi relativi al mutuo sottostante

1 - In caso di estinzione anticipata o trasferimento del mutuo

Nel caso in cui l'Assicurato estingua anticipatamente il contratto di mutuo, oppure il contratto di mutuo sia oggetto di trasferimento (surroga), **la copertura assicurativa cessa alle ore 24.00 del giorno di perfezionamento dell'estinzione o di trasferimento del mutuo.**

L'Assicurato ha diritto alla restituzione della parte di premio pagato per il periodo per il quale il rischio è cessato, che è il periodo residuo tra la data di estinzione o di trasferimento del mutuo e la data di scadenza originaria del contratto di assicurazione.

La parte di premio che la Compagnia restituisce all'Assicurato è rappresentata dalla somma di due componenti: quella relativa ai **costi del premio** e quella relativa al **premio puro**.

Per calcolare la componente relativa ai costi del premio si moltiplica l'importo dei costi per il rapporto tra la durata mancante alla scadenza originaria del contratto di assicurazione e la durata complessiva dello stesso, entrambe espresse in anni e frazioni di anno.

L'importo dei costi si determina moltiplicando tra loro la rispettiva percentuale indicata al successivo Art.7 e l'importo del premio versato

Per calcolare la componente relativa al premio puro si moltiplicano tra loro:

1. l'importo del premio versato diminuito dell'importo dei costi;
2. il rapporto tra la durata mancante alla scadenza originaria del contratto di assicurazione e la durata complessiva dello stesso, entrambe espresse in anni e frazioni di anno;
3. il rapporto tra il capitale assicurato all'estinzione della polizza e il capitale assicurato iniziale (questo rapporto non può essere superiore a 1).

La somma sopra ottenuta viene diminuita di un **costo amministrativo** pari a 10,00 euro. Se tale somma risulta inferiore ai suddetti 10,00 euro, allora non sarà previsto alcun pagamento all'Assicurato.

Riattivazione delle coperture

In alternativa alla restituzione della parte di premio per il quale il rischio è cessato, **entro 60 giorni dalla data di estinzione o di trasferimento del mutuo, l'Assicurato potrà chiedere la riattivazione della copertura assicurativa.** In tal caso la copertura sarà riattivata dalla data in cui la Compagnia ne ha ricevuto richiesta.

2 - In caso di voltura del mutuo

In caso di voltura del contratto di mutuo (e quindi di cambio di intestatario del contratto di mutuo), la copertura assicurativa cessa alle ore 24.00 della data dell'operazione.

Anche in tale ipotesi, l'Assicurato ha diritto al rimborso della parte di premio non goduta, calcolata alla data di estinzione della polizza. Tale parte si calcola con le stesse modalità utilizzate in caso di estinzione o trasferimento del contratto di mutuo, senza alcun costo amministrativo.

Nei precedenti casi 1) e 2)

L'Assicurato si impegna a sottoscrivere apposito modulo disponibile presso le filiali del Gruppo Intesa Sanpaolo, indicando le coordinate bancarie (IBAN) per ricevere la parte di premio a cui ha diritto e fornendo alla Compagnia la documentazione richiesta che comprovi l'evento causa di cessazione delle coperture assicurative.

Il pagamento avviene entro 30 giorni dalla ricezione della domanda completa dell'Assicurato.

3 - In caso di estinzione anticipata parziale o rinegoziazione del mutuo

In caso di estinzione anticipata parziale o rinegoziazione delle variabili (tasso d'interesse, durata e scadenza) del mutuo originario la copertura assicurativa resta in vigore alle condizioni pattuite e indicate nell'originario modulo di adesione.

Nel caso in cui vi siano più contratti di assicurazione riferiti ad un medesimo contratto di mutuo, l'estinzione di uno dei contratti di assicurazione non pregiudica l'efficacia degli altri.

Articolo 7 Costi a carico dell'Assicurato

Nell'importo del premio sono inclusi i costi per le spese di acquisizione e amministrazione a carico dell'Assicurato che variano nel seguente modo:

Durata della copertura assicurativa in anni (*)	Totale dei costi a carico dell'Assicurato in % del premio versato
2-5	41,9%
6-10	43,3%
11-15	45,1%
16-20	47,3%
21-25	48,6%
26-30	50,1%
31-35	52,2%
36-40	54,1%

(*) per l'attribuzione della classe di durata di appartenenza si considera la durata dell'assicurazione con arrotondamento per eccesso/difetto all'anno intero.

Nel Modulo di adesione è presente l'ammontare dei costi effettivamente sostenuti dall'Assicurato con in evidenza l'importo percepito dall'intermediario.

In caso di estinzione anticipata della polizza conseguente all'estinzione o al trasferimento del contratto di mutuo oppure, nei casi di sinistro nei quali la Compagnia accerti che l'Assicurato non era in possesso delle caratteristiche indispensabili per la stipula della polizza, la Compagnia applicherà un costo fisso per spese amministrative pari a 10,00 euro.

Articolo 8 Oneri in caso di sinistro

Fermo restando quanto disposto al successivo Art. 17, in caso di sinistro i Beneficiari designati devono darne avviso scritto alla Compagnia compilando l'apposito modulo di denuncia disponibile presso le filiali del Gruppo Intesa Sanpaolo o sul sito internet della Compagnia (www.intesasampaolovita.it) e inviarlo, completo della documentazione indicata nel modulo stesso, al seguente indirizzo tramite raccomandata con Avviso di Ricevimento:

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Polizze C.P.I.
Viale Stelvio, 55/57 20159 Milano

La Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa di tutto quanto necessario per la valutazione del Sinistro. Decorso tale termine, la Compagnia sarà tenuta a corrispondere gli interessi moratori ai Beneficiari sino alla data di effettivo pagamento.

Tali interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato ai sensi di legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

Articolo 9 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni fra l'Assicurato e la Compagnia dovranno essere fatte in forma scritta. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso. L'Assicurato può rivolgersi per qualsiasi esigenza al Numero +39 02-30.412.412, servizio messo a disposizione dalla Compagnia per fornire tutti i chiarimenti utili.

Art. 10 Limiti territoriali

La copertura è valida in tutto il mondo.

Articolo 11 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione, nonché la cessazione stessa della Copertura, come da Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 12

Cumulo

La Compagnia effettua verifiche sui limiti dei capitali assicurati iniziali non soltanto della presente polizza, ma anche tenendo conto della somma (cumulo) delle prestazioni assicurate di altre eventuali polizze di puro rischio, aventi ad oggetto il rischio morte, sottoscritte dallo stesso Assicurato con la Compagnia ed in vigore alla data di adesione alla presente polizza.

Verifica alla sottoscrizione del modulo di adesione:

se alla data di sottoscrizione del modulo di adesione i capitali assicurati di ciascuna polizza in vigore, sommati con il capitale assicurato iniziale previsto dalla presente polizza (cumulo), sono superiori a 250.000,00 euro e fino a 500.000,00 euro, la Compagnia si riserva, entro 60 giorni da tale data di rifiutare l'assunzione del rischio. In caso di rifiuto, la Compagnia invia una comunicazione all'Assicurato, restituisce il premio ed estingue la copertura fino a quel momento operante. L'Assicurato, ricevuta la comunicazione di rifiuto, potrà sottoscrivere la Proposta di adesione, secondo quanto previsto dal precedente Art. 2 e inviare alla Compagnia, nei 30 giorni successivi, tutta la documentazione medica prevista per un importo di capitale assicurato iniziale che si ottiene sommando il capitale assicurato iniziale previsto dalla presente polizza e le prestazioni assicurate delle altre polizze.

Se il cumulo è superiore a 500.000,00 euro, la Compagnia si riserva, entro 60 giorni dalla sottoscrizione del modulo di adesione, di inviare all'Assicurato una comunicazione scritta riportante il proprio rifiuto all'accettazione del rischio. In caso di rifiuto la Compagnia restituisce all'Assicurato il premio, estinguendo la copertura fino a quel momento operante, e sarà preclusa la possibilità di sottoscrivere la proposta di adesione.

Verifica alla sottoscrizione della Proposta di adesione: se alla data di sottoscrizione della Proposta il cumulo è superiore a 500.000,00 euro, la Compagnia si riserva, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, di inviare al Proponente una comunicazione scritta riportante il proprio rifiuto all'accettazione del rischio.

Qualora il Proponente abbia sottoscritto la Proposta di adesione sottoponendo alla Compagnia il Questionario Medico come previsto dal precedente Art.2, e in seguito alle verifiche dei cumuli sopra indicate, risulti che il capitale assicurato cumulato è compreso tra 350.000 euro e 500.000 euro e sia previsto l'invio del Rapporto di visita medica, la Compagnia accetta di verificare lo stato di salute del Proponente in base alla documentazione medica già pervenuta e procede ad assumere o rifiutare il rischio.

Articolo 13

Le imposte

Non sono previste imposte sul premio.

Articolo 14

Area clienti

La Compagnia mette a disposizione, all'interno del proprio sito internet, un'apposita Area Riservata agli Aderenti di polizze sottoscritte con Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.

L'accesso al servizio è gratuito ed è consentito previa autenticazione tramite delle credenziali rilasciate direttamente dalla Compagnia su richiesta dell'interessato, che garantiscono un adeguato livello di riservatezza e sicurezza durante la consultazione.

L'utilizzo dell'Area Riservata è disciplinato dalle condizioni di servizio che dovranno essere accettate all'atto del primo accesso.

All'interno dell'Area sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, il fascicolo informativo del prodotto sottoscritto, lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze oltre ad ogni altra eventuale informazione utile ai fini di una migliore comprensione della propria posizione assicurativa da parte dell'Aderente.

Articolo 15

Colpa grave, tumulti

In deroga all'Art. 1900 del Codice Civile, l'assicurazione si estende ai Sinistri causati da colpa grave dell'Assicurato.

Articolo 16

Cessione dei diritti

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere a terzi i diritti nascenti dal contratto in oggetto.

Articolo 17

Prescrizione

Come dall'articolo 2952 del Codice Civile (e successive modifiche e integrazioni), i diritti derivanti da un contratto di assicurazione si prescrivono dopo dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Secondo la Legge 266 del 23/12/2005 e successive modifiche e integrazioni, la prescrizione, con conseguente perdita del diritto alla prestazione, comporta

l'obbligo per la Compagnia, di devolvere l'importo della prestazione al "Fondo per le vittime delle frodi finanziarie".

Articolo 18

Revoca della proposta di adesione

Il Proponente può revocare la Proposta di Adesione inviando, prima della conclusione del contratto una lettera raccomandata con avviso di ricevimento a:

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Polizze C.P.I.
Viale Stelvio, 55/57
20159 Milano

Articolo 19

Diritto di recesso

L'Assicurato può recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla conclusione del contratto inviando una lettera raccomandata, con avviso di ricevimento a:

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Polizze C.P.I.
Viale Stelvio, 55/57
20159 Milano

La Compagnia restituirà all'Assicurato il premio versato entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso. Con il recesso dal contratto, le Parti sono libere da qualsiasi obbligo dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso (fa fede la data del timbro postale).

Articolo 20

Procedimento di mediazioni, foro competente e controversie

Per tutto quanto non regolato espressamente dal presente contratto valgono le norme di legge della Repubblica italiana.

Tutte le controversie relative al presente contratto devono essere preliminarmente sottoposte ad un tentativo di mediazione secondo la procedura prevista dal D. Lgs. N° 28/2010 e successive modifiche - che le parti dichiarano espressamente di accettare integralmente - da effettuare innanzi l'Organismo di Mediazione costituito presso la Camera di Commercio, Industria e Artigianato del luogo di residenza o di domicilio principale del Cliente o dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal contratto.

La richiesta di mediazione può essere inviata, a

cura dell'Organismo di Mediazione, presso la sede legale della Compagnia: Intesa Sanpaolo Vita - Ufficio Affari Legali e Societario oppure all'indirizzo intesasampaolovita@legalmail.it ovvero al numero di fax 02.30518173.

Il tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della causa civile.

Se la mediazione non ha successo, il foro competente esclusivo per le controversie relative al presente contratto è quello del luogo di residenza o di domicilio principale del Cliente o dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal contratto.

Qualora tra i Beneficiari e la Compagnia insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della morte dell'Assicurato, la decisione della controversia può essere demandata a un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto con indicazione dei termini della controversia.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte e il terzo, deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Articolo 21

Delimitazione dell'assicurazione – Esclusioni

La prestazione assicurata non opera qualora il decesso sia causato da:

- dolo del Beneficiario;
- suicidio dell'Assicurato;
- invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, preesistenti e diagnosticati all'Assicurato prima della data di decorrenza della copertura;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati), sommosse o tumulti popolari;
- guerra (anche non dichiarata), insurrezioni;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa – direttamente o indirettamente – ad atti terroristici;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, da accelerazioni di particelle atomiche (fissione, fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici e simili);
- abuso di alcool, abuso di psicofarmaci, uso di stupe-

facenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;

- infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
- disturbi psicotici, disturbi depressivi, disturbi bipolari (forme maniaco-depressive), disturbi di personalità, sindromi organiche cerebrali preesistenti e diagnosticati all'Assicurato prima della data di decorrenza della copertura;
- incidenti di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di deltaplani o ultraleggeri o di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota privo di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come a esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- guida di veicoli e natanti a motore senza relativa abilitazione a norma delle disposizioni in vigore;
- dalla pratica di immersioni subacquee non in apnea, sport aerei in genere, speleologia, alpinismo di grado superiore al 3°, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, sport estremi in genere;
- malattia infettiva in fase di epidemia (quest'ultima intesa come manifestazione collettiva della malattia, che rapidamente si diffonde fino a colpire mortalmente un gran numero di persone, con diffusione su larga scala), in relazione alla quale sia stato dichiarato lo stato di emergenza dalle autorità nazionali competenti (o dichiarazione equivalente). Tale esclusione permane fintanto che l'autorità competente non revochi il predetto stato di emergenza.

Articolo 22

Dichiarazioni dell'Assicurato

Ai fini della consapevole sottoscrizione delle "Dichiarazioni di buono stato di salute" contenute nel Modulo di adesione si precisa che per *malattie gravi o significative* si intendono:

- **MALATTIE DEL CUORE E DEI VASI:** cardiopatia ischemica, infarto del miocardio, aritmia cardiaca in trattamento farmacologico da almeno 1 anno o con necessità di ricovero ospedaliero negli ultimi 5 anni o con storia di complicanze tromboemboliche, miocardiopatie primitive e/o secondarie, cuore polmonare cronico, tetralogia di Fallot, pericardite cronica, valvulopatia cardiaca complicata da ipertrofia cardiaca o ipertensione polmonare o complicanze tromboemboliche o epato/splenomegalia (aumento di dimensioni di fegato o milza) o indicazione al trattamento chirurgico, coronaropatia già sottoposta o con indicazione a trattamento invasivo (angioplastica
- coronarica; by-pass chirurgico), ipertensione arteriosa con secondaria ipertrofia cardiaca o complicanze renali (nefropatia) o complicanze oculari (retinopatia) o complicanze vascolari sistemiche, vasculopatia aortoiliaca con indicazione all'intervento chirurgico o segni di ischemia periferica o storia di complicanze tromboemboliche, aneurismi o malformazioni dell'aorta, varici esofagee.
- **MALATTIE DEI POLMONI:** broncopneumopatia ostruttiva (BPCO) in trattamento o che abbia richiesto un ricovero ospedaliero o con secondarie complicanze cardiache, enfisema polmonare in trattamento o che abbia richiesto un ricovero ospedaliero o con secondarie complicanze cardiache, altre patologie respiratorie con secondarie complicanze cardiache o con necessità (anche non continuativa) di ossigenoterapia, silicosi, asbestosi, fibrosi polmonare interstiziale diffusa.
- **MALATTIE DEL SANGUE:** anemia aplastica, granulocitosi, emoglobinopatie, talassemie (con l'eccezione delle forme silenti e della talassemia minor), emofilia, policitemie, gammopatie, trombofilie, drepanocitosi, altre malattie del sangue con indicazione all'asportazione della milza o necessità di periodiche trasfusioni (di sangue o di derivati ematici), altre malattie del sangue che abbiano richiesto un ricovero ospedaliero.
- **MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO:** vasculopatia cerebrale con almeno un episodio di ischemia cerebrale (anche transitoria), aneurismi o malformazioni vascolari cerebrali, ictus cerebrale, emorragia intracranica di natura non traumatica, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti.
- **MALATTIE DELLO STOMACO, DELL'INTESTINO E DEL FEGATO:** cirrosi epatica o forme di colangite sclerosante, epatite cronica, anoressia nervosa, retocolite ulcerosa, malattia di Crohn od altre malattie infiammatorie croniche dell'intestino.
- **MALATTIE DEI RENI:** insufficienza renale cronica.
- **MALATTIE TUMORALI:** neoplasie maligne di qualsiasi tipo.
- **ALTRE MALATTIE:** miastenia grave, diabete di tipo I o II in trattamento insulinico o con complicanze cardiocircolatorie (angiopatia diabetica) o renali (nefropatia diabetica) o oculari (retinopatia diabetica) o neurologiche (neuropatia diabetica), sieropositività per il virus dell'HIV, connettiviti (collagenosi) e vasculiti con interessamento cardiaco o polmonare, Lupus eritematoso sistemico od altre malattie autoimmunitarie con interessamento cardiaco o polmonare, sarcoidosi con interessamento cardiaco o polmonare.

re, amiloidosi con interessamento cardiaco, malattie genetiche con coinvolgimento neurologico o cardiaco o vascolare o renale o respiratorio o gastrointestinale o scheletrico (ossa o muscoli), obesità con indicazione al trattamento chirurgico o con complicanze cardiovascolari o respiratorie, dislipidemie resistenti alla terapia farmacologica.

Articolo 23

Riscatto

La presente copertura non prevede il diritto di riscatto.

Articolo 24

Clausola di carenza

Nell'ipotesi di emissione di contratto senza visita medica indicata all'Art.2 è previsto un periodo di 180 giorni dalla decorrenza in cui la garanzia non è pienamente operante (carenza).

In caso di decesso verificatosi durante il periodo di carenza la Compagnia restituirà ai Beneficiari designati il premio versato.

La carenza non si applica qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la decorrenza; tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite acute, 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;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza;
- c) di infortunio – intendendosi per tale l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso – avvenuto dopo la data di decorrenza.

Per evitare la carenza, L'Assicurato può richiedere, con costi a proprio carico e in una struttura medica a propria scelta, di essere sottoposto a visita medica al fine di certificare il buono stato di salute.

Articolo 25

Documentazione richiesta in caso di sinistro

In caso di sinistro i Beneficiari dovranno avvisare la Compagnia, inviando una lettera a:

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.
Ufficio Sinistri
Viale Stelvio, 55/57
20159 Milano

Per ogni sinistro dovrà essere inviata la seguente documentazione:

- copia della carta d'identità;
- modulo di adesione alla polizza collettiva;
- modulo di denuncia di sinistro e documentazione in esso indicata;
- scheda informativa sul contratto di mutuo e sul relativo piano di ammortamento, compilata dalla filiale del Gruppo Intesa Sanpaolo che ha concesso il mutuo stesso;
- copia autentica del testamento o verbale di pubblicazione dello stesso e dichiarazione sostitutiva di atto notorio autenticata attestante che tale testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato e indicante, qualora risultino Beneficiari della polizza, i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire e il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici e che non vi sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità);
- se l'Assicurato non ha lasciato testamento, dichiarazione sostitutiva di atto notorio autenticata attestante che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento e indicante, qualora risultino Beneficiari della polizza, i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire e il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità);
- modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa antiriciclaggio (D.Lgs 231/2007 e successive modifiche) compilato con i dati dei Beneficiari.

Il modulo di denuncia di sinistro e la scheda informativa sul contratto di mutuo, sono disponibili nel sito internet www.intesasanpaolovita.it, oppure presso la filiale del Gruppo Intesa Sanpaolo.

Gli aventi causa dell'Assicurato devono consentire agli incaricati della Compagnia di effettuare gli accertamenti del caso e autorizzare i medici a fornire le informazioni necessarie.

La corretta compilazione del modulo di denuncia di sinistro, la completezza della documentazione richiesta, sono elementi importanti per una rapida

valutazione del sinistro e una altrettanto rapido pagamento della prestazione.

Per qualsiasi chiarimento o informazione è possibile telefonare al numero +39 02.30.412.412 servizio appositamente istituito dalla Compagnia.

Articolo 26

I Beneficiari della prestazione assicurativa

I Beneficiari sono gli eredi testamentari o, in mancanza, gli eredi legittimi dell'Assicurato.

Tale designazione è revocabile e modificabile dall'Assicurato in qualsiasi momento successivo all'emissione della polizza ad eccezione dei casi di seguito indicati:

- dopo che l'Assicurato e il Beneficiario hanno dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, di rinunciare al potere di revoca e di accettare il beneficio. La costituzione in pegno o vincolo, e comunque qualsiasi altro atto dispositivo del contratto potranno essere effettuati solo con il consenso scritto del Beneficiario;
- dopo la morte dell'Assicurato (solo se persona fisica), da parte degli eredi;
- dopo che, verificatosi l'evento, il Beneficiario ha comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

Le eventuali modifiche e/o revoche della designazione di beneficio devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento; per rendere valida la designazione, nella dichiarazione di attribuzione, revoca o modifica del beneficio disposto a favore del "terzo" l'Assicurato deve inequivocabilmente fare specifica menzione della presente polizza. In caso di inefficacia rimane in vigore la precedente attribuzione disposta dall'Assicurato.

Nel corso della durata della polizza, in nessun caso, la Banca o qualsiasi società appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo potrà essere indicata come Beneficiario o vincolatario delle prestazioni assicurative.

Come previsto dagli artt. 1920 e 1921 del Codice Civile, il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquista, per effetto della designazione fatta a suo favore dall'Assicurato, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito di decesso dell'Assicurato dalla Compagnia non rientrano nell'asse ereditario e che in caso di pluralità di Beneficiari, salvo diversa indicazione dell'Assicurato che faccia espressa menzione della presente polizza, la Compagnia ripartirà tra loro la prestazione assicurata in parti uguali.

Articolo 27

Modifica della professione dell'Assicurato

L'Assicurato deve informare tempestivamente la Compagnia nel momento in cui intraprende una delle attività professionali elencate nel precedente Art. 2., inviando alla Compagnia lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

**Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Polizze C.P.I.
Viale Stelvio, 55/57
20159 Milano**

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione (in cui l'Assicurato dovrà indicare l'IBAN per l'accredito del premio relativo al periodo per il quale il rischio è cessato), la Compagnia invierà all'Assicurato comunicazione di recesso unilaterale dal contratto ed entro 30 giorni dallo stesso termine restituirà all'Assicurato, secondo le modalità di pagamento da lui prescelte, la parte di premio per il quale il rischio è cessato (ovvero il periodo tra la data di ricezione della comunicazione e la data di scadenza del contratto di assicurazione).

Il calcolo dell'importo si effettua con le stesse modalità utilizzate in caso di estinzione o trasferimento del contratto di mutuo, indicate all'Art. 6; non è prevista alcuna spesa amministrativa.

La mancata comunicazione della modifica di attività professionale può compromettere il diritto alla prestazione in caso di sinistro, in base a quanto previsto dall'art. 1926 del Codice Civile.



INTESA SANPAOLO
VITA

Polizza Proteggimutuo Vita

Glossario

Nella presente Polizza, i termini di seguito indicati hanno il seguente significato:

Ammortamento

Modalità di rimborso di una somma predeterminata erogata a titolo di mutuo; l'ammortamento di tipo francese, o a rata costante, prevede la corresponsione di rate posticipate tutte di uguale importo.

Assicurato

La persona fisica che, avendo stipulato un Contratto di mutuo rimborsabile ratealmente ha i requisiti di assicurabilità, ha sottoscritto il modulo di adesione e ha pagato il Premio.

Assicurazioni di puro rischio aventi ad oggetto il rischio morte

Le polizze di puro rischio sono polizze che a fronte del pagamento di un premio prevedono la corresponsione di un capitale al verificarsi del decesso dell'Assicurato.

Nelle polizze di puro rischio allorché il decesso non si verifichi nel periodo di copertura, non è prevista alcuna corresponsione di capitale.

Beneficiario

Soggetto cui è destinato il pagamento della prestazione per il caso di morte dell'Assicurato.

Capitale Assicurato Iniziale

E' pari al capitale richiesto eventualmente maggiorato del premio assicurativo qualora finanziato.

Capitale Richiesto

Capitale oggetto della copertura assicurativa, su cui si calcola il premio assicurativo, che può essere prescelto dall'Assicurato in misura non superiore all'importo del mutuo, se di nuova erogazione, o al debito residuo del contratto di mutuo, se in corso di ammortamento.

Carenza

Periodo di tempo durante il quale le coperture assicurative non hanno pienamente effetto.

Contratto di mutuo

Contratto con il quale la Banca del Gruppo Intesa Sanpaolo concede all'Assicurato, per una durata prevista, una somma che dovrà essere rimborsata secondo le modalità e le condizioni stabilite nel contratto medesimo.

Copertura

Garanzia assicurativa concessa all'Assicurato dalla Compagnia, ai sensi della Polizza collettiva "Proteggimutuo Vita", in forza della quale la Compagnia stessa è obbligata al pagamento della prestazione a favore dei Beneficiari al verificarsi del sinistro.

Cumulo

Somma di tutte le prestazioni assicurate previste da ciascuna assicurazione di puro rischio, aventi ad oggetto il rischio morte, sottoscritte dallo stesso Assicurato con la Compagnia Intesa Sanpaolo Vita S.p.A..

Decorrenza

Termine dal quale la garanzia assicurativa comincia ad operare; coincide con le ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del modulo di adesione a condizione che sia stato pagato il premio.

Durata della polizza

Arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza della polizza e la data di scadenza della stessa, durante il quale la copertura risulta operante.

Età assicurativa

Corrispondente all'età anagrafica arrotondata all'anno per eccesso/difetto.

Ad esempio:

- nel caso di età 45 anni e 6 mesi si considera un'età pari a 46 anni;
- nel caso di età 45 anni e 6 mesi meno 1 giorno si considera un'età pari a 45 anni.

ISVAP/IVASS**IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni**

E' l'autorità cui è affidata la vigilanza sul settore assicurativo con riguardo alla sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e di riassicurazione e alla trasparenza e correttezza dei comportamenti delle imprese, degli intermediari e degli altri operatori del settore. L'IVASS svolge anche compiti di tutela del consumatore, con particolare riguardo alla trasparenza nei rapporti tra imprese e assicurati e all'informazione al consumatore. Istituito con la legge n. 135/2012, a decorrere dal 1.1.2013, l'IVASS è succeduto in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP.

Modulo di adesione

Documento sottoscritto dall'Assicurato contenente dichiarazioni rilevanti ai fini della Copertura.

Polizza collettiva

Contratto di assicurazione stipulato dalla Banca del Gruppo Intesa Sanpaolo con la Compagnia, nell'interesse di più assicurati.

Preammortamento

Periodo iniziale del piano di rimborso del contratto di mutuo che non prevede il rimborso della quota capitale.

Premio (assicurativo)

Importo che viene versato dall'Assicurato alla Compagnia in relazione alla copertura prestata con la presente polizza.

Premio finanziato

Premio assicurativo che l'Assicurato sceglie di finanziare chiedendo di aggiungere il relativo importo a quello preso a prestito con il mutuo.

Prestazione

Somma dovuta da Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. a seguito del verificarsi delle condizioni che ne danno diritto.

Proponente

Persona fisica che, avendo stipulato con la Banca del Gruppo Intesa Sanpaolo distributrice del prodotto un contratto di mutuo e avendo i requisiti di assicurabilità, ha sottoscritto la Proposta di Adesione. Il Proponente coincide sempre con l'Assicurato.

Proposta di Adesione

Modulo sottoscritto dal Proponente con il quale conferma di aver ricevuto letto e valutato tutti i documenti inclusi nelle Condizioni di Assicurazione e manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto. E' soggetto all'approvazione della Compagnia.

Questionario Medico

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita del Proponente e dall'esame obiettivo fatto dal medico curante. Il questionario dovrà essere compilato dal medico curante e debitamente firmato dal Proponente.

Rapporto di Visita Medica

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita del Proponente e dall'esame obiettivo fatto dal medico curante. Il rapporto di visita medica dovrà essere compilato dal medico curante sulla base dei referti medici prodotti dal Proponente e debitamente firmato dallo stesso.

Scadenza

Data scelta dall'Assicurato, nei limiti previsti dalle Condizioni di Assicurazione, in cui la copertura assicurativa prevista dalla polizza si estingue.

Sinistro

Verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura.

TAN (Tasso Annuo Nominale)

È il tasso di interesse puro applicato al contratto di mutuo.

Trasferimento del contratto di mutuo

Facoltà data all'Assicurato, di surrogare nel mutuo un altro ente finanziatore.

Voltura del mutuo

Trasferimento della titolarità del contratto di mutuo dall'Assicurato, ad un altro soggetto mutuatario che si perfeziona con il consenso dell'ente mutuante.



INTESA SANPAOLO
VITA

Polizza Proteggimutuo Vita

**Fac-simile
moduli di adesione,
proposta polizza
Questionario medico
Rapporti di visita medica**



FAC-SIMILE DEL MODULO DI ADESIONE

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA PROTEGGIMUTUO VITA – TARIFFA 52CC

Adesione n.

La polizza collettiva n. _____ di cui all'intestazione del modulo di adesione stipulata da **Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.** (di seguito la "Compagnia") con _____ - (di seguito "intermediario") accede al contratto di mutuo n. _____ stipulato dall'Aderente (di seguito "Assicurato") con l'intermediario ed è finalizzata a fornire la seguente copertura assicurativa:

Decesso.

L'Assicurato, sottoscrivendo la presente polizza collettiva, acquista la copertura assicurativa sopra descritta.

Il sottoscritto Assicurato:

Cognome:

Nome:

Luogo di nascita:

Data di nascita:

Sesso:

Codice fiscale:

Indirizzo - recapito:

Località:

Cap:

Prov:

Professione:

Intestatario del contratto di mutuo n.:

C/C Iban n.:

Decorrenza mutuo:

Scadenza mutuo:

Data fine preammortamento mutuo:

TAN originario del mutuo:

La prestazione assicurativa non può risultare superiore al limite massimo calcolato con un piano di ammortamento alla francese a rate mensili costanti e posticipate, con un TAN del 7,5%, considerando l'eventuale periodo di preammortamento, e con una durata pari a quella della copertura assicurativa, sulla base dell'importo del capitale assicurato riportato nel presente modulo.

DATI RELATIVI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

- La polizza decorre dalle ore 24.00 del _____
- La polizza scade alle ore 24.00 del _____ ovvero alle ore 24.00 del giorno in cui si verifichi uno degli eventi indicati agli artt. 4 "Conclusione, decorrenza e durata della copertura" e 6 "Cause di annullamento del contratto, altri eventi relativi al mutuo sottostante" delle Condizioni di Assicurazione di cui al Mod. 186237 Ed. 04/2015.
- Il capitale richiesto è pari a: euro _____
- Il capitale assicurato iniziale così come definito dall'art. 1 "Oggetto della copertura assicurativa" delle sopra citate Condizioni di Assicurazione è pari a euro _____

In riferimento alla durata e al capitale assicurato iniziale richiesti per l'adesione alla Polizza collettiva è previsto il versamento del seguente premio unico:

- euro _____ (euro _____ per eventuale detrazione in sede di dichiarazione dei redditi - si veda Testo Unico delle Imposte sui Redditi -).

Nell'importo del premio unico sono inclusi i seguenti costi a carico dell'Assicurato: euro _____ di cui provvigioni percepite dall'intermediario pari a euro _____

In caso di estinzione anticipata della polizza conseguente all'estinzione anticipata o al trasferimento del contratto di mutuo e nei casi di sinistro nei quali la Compagnia accerti che l'Assicurato non aveva le condizioni di assicurabilità, la Compagnia applicherà una spesa amministrativa pari a 10,00 euro.



DICHIARAZIONI DI BUONO STATO DI SALUTE

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, l'Assicurato, in riferimento all'età anagrafica compresa tra i 18 anni compiuti e i 61 anni compiuti, dichiara di essere in buono stato di salute e in particolare:

- di non essere mai stato affetto da etilismo cronico;
- di non essersi mai sottoposto a chemioterapia antineoplastica;
- di non essersi mai sottoposto a radioterapia;
- di non essersi mai sottoposto ad interventi chirurgici per patologie cardiache, vascolari, pleuropolmonari o cerebrali;
- di non avere mai sofferto di malattie gravi o significative di cui al successivo elenco.

Ai fini delle presenti polizze, per malattie gravi o significative (indicate anche all'art. 22 "Dichiarazioni dell'Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione delle polizze di cui al Mod. 186237 Ed. 04/2015) si intendono:

- **MALATTIE DEL CUORE E DEI VASI:** cardiopatia ischemica, infarto del miocardio, aritmia cardiaca in trattamento farmacologico da almeno 1 anno o con necessità di ricovero ospedaliero negli ultimi 5 anni o con storia di complicanze tromboemboliche, miocardiopatie primitive e/o secondarie, cuore polmonare cronico, tetralogia di Fallot, pericardite cronica, valvulopatia cardiaca complicata da ipertrofia cardiaca o ipertensione polmonare o complicanze tromboemboliche o epato/splenomegalia (aumento di dimensioni di fegato o milza) o indicazione al trattamento chirurgico, coronaropatia già sottoposta o con indicazione a trattamento invasivo (angioplastica coronarica; by-pass chirurgico), ipertensione arteriosa con secondaria ipertrofia cardiaca o complicanze renali (nefropatia) o complicanze oculari (retinopatia) o complicanze vascolari sistemiche, vasculopatia aortoiliaca con indicazione all'intervento chirurgico o segni di ischemia periferica o storia di complicanze tromboemboliche, aneurismi o malformazioni dell'aorta, varici esofagee.
- **MALATTIE DEI POLMONI:** broncopneumopatia ostruttiva (BPCO) in trattamento o che abbia richiesto un ricovero ospedaliero o con secondarie complicanze cardiache, enfisema polmonare in trattamento o che abbia richiesto un ricovero ospedaliero o con secondarie complicanze cardiache, altre patologie respiratorie con secondarie complicanze cardiache o con necessità (anche non continuativa) di ossigenoterapia, silicosi, asbestosi, fibrosi polmonare interstiziale diffusa.
- **MALATTIE DEL SANGUE:** anemia aplastica, granulocitosi, emoglobinopatie, talassemie (con l'eccezione delle forme silenti e della talassemia minor), emofilia, policitemie, gammopatie, trombofilie, drepanocitosi, altre malattie del sangue con indicazione all'asportazione della milza o necessità di periodiche trasfusioni (di sangue o di derivati ematici), altre malattie del sangue che abbiano richiesto un ricovero ospedaliero.
- **MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO:** vasculopatia cerebrale con almeno un episodio di ischemia cerebrale (anche transitoria), aneurismi o malformazioni vascolari cerebrali, ictus cerebrale, emorragia intracranica di natura non traumatica, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti.
- **MALATTIE DELLO STOMACO, DELL'INTESTINO E DEL FEGATO:** cirrosi epatica o forme di colangite sclerosante, epatite cronica, anoressia nervosa, rettocolite ulcerosa, malattia di Chron od altre malattie infiammatorie croniche dell'intestino.
- **MALATTIE DEI RENI:** insufficienza renale cronica.
- **MALATTIE TUMORALI:** neoplasie maligne di qualsiasi tipo.
- **ALTRE MALATTIE:** miastenia grave, diabete di tipo I o II in trattamento insulinico o con complicanze cardiocircolatorie (angiopatia diabetica) o renali (nefropatia diabetica) o oculari (retinopatia diabetica) o neurologiche (neuropatia diabetica), sieropositività per il virus dell'HIV, connettiviti (collagenosi) e vasculiti con interessamento cardiaco o polmonare, Lupus eritematoso sistemico od altre malattie autoimmunitarie con interessamento cardiaco o polmonare, sarcoidosi con interessamento cardiaco o polmonare, amiloidosi con interessamento cardiaco, malattie genetiche con coinvolgimento neurologico o cardiaco o vascolare o renale o respiratorio o gastrointestinale o scheletrico (ossa o muscoli), obesità con indicazione al trattamento chirurgico o con complicanze cardiovascolari o respiratorie, dislipidemie resistenti alla terapia farmacologica.



Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Sede Legale: Corso Inghilterra 3, 10138 Torino Sede Operativa: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano
Capitale Sociale Euro 320.422.508 Codice Fiscale, Partita IVA e N. Iscrizione Registro Imprese di Torino 02505650370 Società soggetta
all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al N. 1.00066
Capogruppo del Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al N. 28

Società del gruppo **INTESA**  **SANPAOLO**



Avvertenze:

- **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- **prima della sottoscrizione delle "Dichiarazioni di buono stato di salute" l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate;**
- **l'Assicurato può chiedere, con costi a proprio carico, di essere sottoposto a visita medica, presso una struttura medica dallo stesso prescelta, per certificare l'effettivo stato di salute.**
- **al verificarsi di quanto precisato all'art. 12 "Cumulo" delle sopra citate Condizioni di Assicurazione, la Compagnia si riserva, entro 60 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, di restituire all'Assicurato il premio versato, estinguendo la copertura assicurativa fino a quel momento operante.**

Firma dell'Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI ADESIONE

Con l'apposizione della firma in calce l'Assicurato dichiara di acconsentire esplicitamente, anche ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c., alla conclusione del presente contratto di assicurazione e di aderire alla polizza collettiva sopra indicata.

L'Assicurato dichiara che la sua attività lavorativa non rientra tra quelle di seguito elencate: acrobata trapezista, artista controfigura, aviazione civile (membro equipaggio traffico regolare, pilota elicottero privato, pilota traffico aereo regolare), chimico o fisico nel campo dell'energia nucleare o della fabbricazione degli esplosivi, collaudatore di auto o motoveicoli dipendente di case automobilistiche e/o motociclistiche, guida alpina, addetto alle Forze armate (artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti di mezzi aerei, unità speciali), operaio a contatto con materiale esplosivo o venefico, operaio di aziende petrolifere su piattaforme in mare, operaio di cementifici, operaio di impianti di energia nucleare, sommozzatore o palombaro, speleologo, titolare o dipendente con lavoro manuale (in cava con uso di esplodenti, in cantieri edili o in cantieri di sistemazione idraulica entrambi collocati in gallerie, pozzi e simili o che utilizzino esplodenti, in miniera).

L'assicurato dichiara di aver letto attentamente, compreso e di accettare in ogni loro parte le sopra citate Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurato designa come Beneficiario della copertura assicurativa:

EREDI TESTAMENTARI O, IN MANCANZA, GLI EREDI LEGITTIMI DELL'ASSICURATO

Le eventuali modifiche e/o revoche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento; a pena inefficacia della designazione, la dichiarazione dell'Assicurato deve inequivocabilmente fare specifica menzione della presente polizza ai fini dell'attribuzione, della revoca o della modifica del beneficio disposto a favore del "terzo".

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa anche ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

In particolare, la Compagnia non procederà al pagamento della prestazione per i sinistri causati da invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, preesistenti e diagnosticati all'Assicurato prima della decorrenza della copertura stessa, fermo restando quanto previsto dalle sopra citate Condizioni di Assicurazione.

Firma dell'Assicurato _____





PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Assicurato prende atto che la Compagnia ha conferito all'intermediario apposito mandato all'incasso.

L'unica modalità di pagamento del premio prevista è il pagamento in un'unica soluzione al momento della sottoscrizione del presente modulo di adesione sulle coordinate bancarie (IBAN) precedentemente indicate.

Il premio può anche essere finanziato, cioè aggiunto all'importo preso a prestito con il mutuo. In tal caso l'Assicurato autorizza sin da ora l'intermediario a trattenere dal conto corrente il premio assicurativo, prendendo atto che la trattenuta della somma corrispondente varrà come pagamento del premio unico a favore della Compagnia.

Qualora non venga finanziato il premio sarà prelevato mediante addebito sul conto corrente che l'Assicurato ha in essere presso l'intermediario.

L'estratto conto bancario costituisce quietanza di pagamento.

Firma dell'Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DEL FASCICOLO INFORMATIVO

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione, la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, il fac-simile del Modulo di Adesione e l'Informativa sul trattamento dei dati personali rilasciata ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 relativi alla polizza denominata "PROTEGGIMUTUO VITA" di cui al Mod. 186237 Ed. 04/2015.

Firma dell'Assicurato _____

L'Assicurato dichiara inoltre di approvare espressamente anche ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del C. C. i seguenti articoli delle sopra citate Condizioni di Assicurazione: l'art. 1 "Oggetto della copertura assicurativa", l'art. 5 "Pagamento del premio", l'art. 6 "Cause di annullamento del contratto, altri eventi relativi al mutuo sottostante", l'art. 8 "Oneri in caso di sinistro", l'art. 11 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", l'art. 12 "Cumulo", l'art. 20 "Procedimento di mediazione, foro competente e controversie", l'art. 21 "Delimitazione dell'Assicurazione - Esclusioni", l'art. 22 "Dichiarazioni dell'Assicurato", l'art. 24 "Clausola di carenza", l'art. 25 "Documentazione richiesta in caso di sinistro", l'art. 26 "I Beneficiari della prestazione assicurativa", l'art. 27 "Modifica della professione dell'Assicurato".

Firma dell'Assicurato _____

Emesso a _____ il _____

SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO DEL COLLOCAMENTO

Cognome e nome _____ Matricola _____

Ai sensi della normativa antiriciclaggio si attesta la regolarità e l'autenticità di tutte le sottoscrizioni nonché di aver provveduto alla preventiva identificazione personale dei soggetti firmatari.

Firma del soggetto incaricato del collocamento _____

INFORMATIVA SUL DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato ha facoltà di recedere dalla polizza collettiva mediante lettera raccomandata, con avviso di ricevimento, indirizzata a Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. - Ufficio Gestione Polizze C.P.I. - Viale Stelvio, 55/57 - 20159 Milano, da inviarsi entro 60 giorni dalla conclusione del contratto.





CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Letta l'informativa sul trattamento dei dati personali rilasciata da Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e riportata nella Documentazione contrattuale di riferimento (Mod.186237 Ed.04/2015, di seguito denominata l'“**Informativa**”) esprimo, apponendo la mia firma, il consenso:

- al trattamento dei miei dati personali sensibili;
- alla comunicazione dei miei dati personali, anche sensibili, e al loro successivo trattamento da parte delle categorie di soggetti indicati al punto 5, lett. a) dell'Informativa quali, ad esempio, società del Gruppo Intesa Sanpaolo e soggetti esterni al menzionato Gruppo (come archivisti, riassicuratori ed altri intermediari);
- al trasferimento all'estero dei miei dati, anche sensibili, come indicato al punto 5 lett. a) dell'Informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

per le finalità assicurative - contrattuali e obblighi di legge indicate al punto 2, lett. a) e b) dell'Informativa.

Le ricordiamo che senza tale consenso non è possibile concludere o dare esecuzione al rapporto contrattuale.

Firma dell'Assicurato _____

Inoltre, barrando l'opzione sottostante e apponendo la mia firma in calce, con riferimento a quanto indicato nel punto 2 “Finalità del trattamento dei dati” - lett. c) dell'Informativa (Attività Promo-Commerciali).

Presto il consenso

☐

Nego il consenso

☐

al trattamento dei miei dati personali (non sensibili), da parte di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. e delle altre società del Gruppo Intesa Sanpaolo a cui i miei dati personali possono essere stati ceduti, per lo svolgimento -in via autonoma o avvalendosi di soggetti terzi appositamente incaricati - di attività funzionali alla promozione, alla erogazione e/o alla vendita di prodotti e servizi di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., di società del Gruppo Intesa Sanpaolo o di società terze e, sempre con riferimento ai medesimi prodotti e servizi, per effettuare indagini di mercato, di *customer satisfaction* e dei bisogni della clientela, o per offrire prodotti e servizi individuati in base al profilo personale; nonché al successivo utilizzo dei miei dati personali da parte dei soggetti indicati al punto 5 lett. b) dell'Informativa per lo svolgimento delle medesime Attività Promo-Commerciali.

Firma dell'Assicurato _____

Mod. 186237 Ed. 04/2015 - CON DIR





FAC-SIMILE DELLA PROPOSTA DI ADESIONE

PROPOSTA DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA PROTEGGIMUTUO VITA – TARIFFA 52CC

Proposta n.

La polizza collettiva n. _____ cui all'intestazione della proposta di adesione stipulata da **Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.** (di seguito la "Compagnia") con - _____ - (di seguito "intermediario")
accede al contratto di mutuo n. _____ stipulato dal Proponente con l'intermediario ed è finalizzata
a fornire la seguente copertura assicurativa:

Decesso.

Il Proponente, lette le Condizioni di Assicurazione relative alla sopra citata polizza collettiva, richiede alla Compagnia di poter acquistare la copertura assicurativa sopra descritta.

Il sottoscritto Proponente:

Cognome:

Nome:

Luogo di nascita:

Data di nascita:

Sesso:

Codice fiscale:

Indirizzo - recapito:

Località:

Cap:

Prov:

Professione:

Intestatario del contratto di mutuo n.:

C/C Iban n.:

Decorrenza mutuo:

Scadenza mutuo:

Data fine preammortamento mutuo:

TAN originario del mutuo:

La prestazione assicurativa non può risultare superiore al limite massimo calcolato con un piano di ammortamento alla francese a rate mensili costanti e posticipate, con un TAN del 7,5%, considerando l'eventuale periodo di preammortamento, e con una durata pari a quella della copertura assicurativa, sulla base dell'importo del capitale assicurato riportato nel presente modulo.

DATI RELATIVI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

Con la presente proposta di adesione, il Proponente chiede di emettere la copertura assicurativa sopra citata alle seguenti condizioni:

- la polizza richiesta scada alle ore 24.00 del _____ ovvero alle ore 24.00 del giorno in cui si verifichi uno degli eventi indicati agli art. 4 "Conclusione, decorrenza e durata della copertura" e 6 "Cause di annullamento del contratto, altri eventi relativi al mutuo sottostante" delle Condizioni di Assicurazione di cui al Mod. 186237 Ed. 04/2015
- il capitale richiesto sia pari a euro: _____
- il capitale assicurato iniziale così come definito dall'art. 1 "Oggetto della copertura assicurativa" delle sopra citate Condizioni di Assicurazione sia pari a: euro _____

In riferimento alla durata e al capitale assicurato iniziale richiesti per l'adesione alla Polizza collettiva è previsto il versamento del seguente premio unico:

- euro _____ (euro _____ per eventuale detrazione in sede di dichiarazione dei redditi - si veda Testo Unico delle Imposte sui Redditi -).

Nell'importo del premio unico saranno inclusi i seguenti costi a carico del Proponente: euro _____ di cui provvigioni percepite dall'intermediario pari a euro _____

In caso di estinzione della polizza richiesta conseguente all'estinzione anticipata o al trasferimento del contratto di mutuo e nei casi di sinistro nei quali la Compagnia accerti che l'Assicurato non aveva le condizioni di assicurabilità, la Compagnia applicherà una spesa amministrativa pari a 10,00 euro.





DICHIARAZIONI DEL PROPONENTE E AVVERTENZE

In riferimento all'età anagrafica compresa tra i anni compiuti e i anni compiuti, il Proponente dichiara circa il proprio stato di salute, di aver ricevuto il e di accettarne le modalità di compilazione previste all'art. 2 delle sopra citate Condizioni di Assicurazione;

Il suddetto Questionario medico o Rapporto di visita medica è reperibile all'interno del fascicolo informativo menzionato in questa proposta di adesione.

Avvertenze:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Proponente per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del Questionario Medico o del Rapporto di visita medica il Proponente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate;
- anche nei casi non espressamente indicati dalla Compagnia il Proponente può chiedere, con costi a proprio carico, di essere sottoposto a visita medica – secondo le modalità indicate nel Rapporto di visita medica riportato nelle sopra citate Condizioni di Assicurazione - presso una struttura medica dallo stesso prescelta, per certificare l'effettivo stato di salute;
- la data di riferimento per la determinazione dell'importo del premio unico sopra indicato coincide con le ore 24.00 del ;
- la copertura assicurativa, qualora la presente Proposta venga accettata dalla Compagnia, decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del successivo modulo di adesione e cesserà alle ore 24.00 del ovvero al verificarsi degli eventi indicati agli art. 4 "Conclusione, decorrenza e durata della copertura" e 6 "Cause di annullamento del contratto, altri eventi relativi al mutuo sottostante" delle sopra citate Condizioni di Assicurazione;
- l'importo del premio unico e del capitale assicurato iniziale precedentemente indicati nella presente Proposta potrebbero essere soggetti a variazione in quanto verranno calcolati ed indicati nel successivo Modulo di Adesione - qualora la presente Proposta venga accettata dalla Compagnia - in base alla durata contrattuale e al capitale richiesto alla data di sottoscrizione del medesimo Modulo di Adesione, così come specificato dagli artt. 2 "Persone assicurabili e modalità assuntive" e 3 "Modalità di perfezionamento della proposta" delle sopra citate Condizioni di Assicurazione;
- l'emissione del Modulo di Adesione alla Polizza collettiva è riservata ad Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. ed è subordinata alla comunicazione in forma scritta da parte di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. della accettazione della presente Proposta.

Il Proponente, inoltre, dichiara:

- che la presente Proposta ha una validità di 30 giorni dalla sottoscrizione della stessa e che la Compagnia si riserva la facoltà di non assumere il rischio, così come previsto agli art. 3 "Modalità di perfezionamento della proposta" e 12 "Cumulo" delle sopra citate Condizioni di Assicurazione;
- che la sua attività lavorativa non rientra tra quelle di seguito elencate: acrobata trapezista, artista controfingura, aviazione civile (membro equipaggio traffico regolare, pilota elicottero privato, pilota traffico aereo regolare), chimico o fisico nel campo dell'energia nucleare o della fabbricazione degli esplosivi, collaudatore di auto o motoveicoli dipendente da case automobilistiche e/o motociclistiche, guida alpina, addetto alle Forze armate (artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti di mezzi aerei, unità speciali), operaio a contatto con materiale esplosivo o velenoso, operaio di aziende petrolifere su piattaforme in mare, operaio di cementifici, operaio di impianti di energia nucleare, sommozzatore o palombaro, speleologo, titolare o dipendente con lavoro manuale (in cava con uso di esplodenti, in cantieri edili o in cantieri di sistemazione idraulica entrambi collocati in gallerie, pozzi e simili o che utilizzino esplodenti, in miniera).

Il Proponente designerà il Beneficiario della copertura nel successivo modulo di adesione.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Proponente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa anche ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.



Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Sede Legale: Corso Inghilterra 3, 10138 Torino Sede Operativa: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano
Capitale Sociale Euro 320.422.508 Codice Fiscale, Partita IVA e N. Iscrizione Registro Imprese di Torino 02505650370 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al N. 1.00066
Capogruppo del Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al N. 28

Società del gruppo **INTESA SANPAOLO**



In particolare, la Compagnia non procederà al pagamento dell'indennizzo per i sinistri causati da invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni del Proponente, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, preesistenti e diagnosticati al Proponente prima della decorrenza della copertura stessa, fermo restando quanto previsto dalle sopra citate Condizioni di Assicurazione.

Firma del Proponente _____

PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio, qualora venga accettata la proposta da parte della Compagnia e sottoscritto il successivo modulo di adesione da parte dell'Assicurato, sarà pagato in soluzione unica mediante addebito sul conto corrente indicato nel successivo modulo di adesione.

Firma del Proponente _____

DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DEL FASCICOLO INFORMATIVO

Il Proponente dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione le Note Informative, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, il fac-simile dei Moduli di Proposta e di Adesione, e l'Informativa sul trattamento dei dati personali rilasciata ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003, relativi alla polizza denominata "PROTEGGIMUTUO VITA" di cui al Mod. 186237 Ed. 04/2015.

Firma del Proponente _____

Emessa a _____ il _____

SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO DEL COLLOCAMENTO

Cognome e nome _____

Matricola _____

Ai sensi della normativa antiriciclaggio si attesta la regolarità e l'autenticità di tutte le sottoscrizioni nonché di aver provveduto alla preventiva identificazione personale dei soggetti firmatari.

Firma del soggetto incaricato del collocamento _____

INFORMATIVA SUL DIRITTO DI REVOCA DEL PROPONENTE E SUL DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

Il Proponente ha la facoltà di revocare la Proposta mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. - Ufficio Gestione Polizze C.P.I. – Viale Stelvio, 55/57 – 20159 Milano.

Una volta concluso il successivo contratto, l'Assicurato ha facoltà di recedere dalla polizza collettiva mediante lettera raccomandata, con avviso di ricevimento, indirizzata a Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. – Ufficio Gestione Polizze C.P.I. – Viale Stelvio, 55/57 - 20159 Milano, da inviarsi entro 60 giorni dalla conclusione del contratto.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Letta l'informativa sul trattamento dei dati personali rilasciata da Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 e riportata nella Documentazione contrattuale di riferimento (Mod.186237 Ed.04/2015, di seguito denominata l'“**Informativa**”) esprimo, apponendo la mia firma, il consenso:

- al trattamento dei miei dati personali sensibili;
- alla comunicazione dei miei dati personali, anche sensibili, e al loro successivo trattamento da parte delle categorie di soggetti indicati al punto 5, lett. a) dell'Informativa quali, ad esempio, società del Gruppo Intesa Sanpaolo e soggetti esterni al menzionato Gruppo (come archiviatori, riassicuratori ed altri intermediari);





- al trasferimento all'estero dei miei dati, anche sensibili, come indicato al punto 5 lett. a) dell'Informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);
per le finalità assicurative - contrattuali e obblighi di legge indicate al punto 2, lett. a) e b) dell'Informativa.

Le ricordiamo che senza tale consenso non è possibile concludere o dare esecuzione al rapporto contrattuale.

Firma del Proponente _____

Inoltre, barrando l'opzione sottostante e apponendo la mia firma in calce, con riferimento a quanto indicato nel punto 2 "Finalità del trattamento dei dati" - lett. c) dell'Informativa (Attività Promo-Commerciali).

Presto il consenso

☐

Nego il consenso

☐

al trattamento dei miei dati personali (non sensibili), da parte di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. e delle altre società del Gruppo Intesa Sanpaolo a cui i miei dati personali possono essere stati ceduti, per lo svolgimento -in via autonoma o avvalendosi di soggetti terzi appositamente incaricati - di attività funzionali alla promozione, alla erogazione e/o alla vendita di prodotti e servizi di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., di società del Gruppo Intesa Sanpaolo o di società terze e, sempre con riferimento ai medesimi prodotti e servizi, per effettuare indagini di mercato, di *customer satisfaction* e dei bisogni della clientela, o per offrire prodotti e servizi individuati in base al profilo personale; nonché al successivo utilizzo dei miei dati personali da parte dei soggetti indicati al punto 5 lett. b) dell'Informativa per lo svolgimento delle medesime Attività Promo-Commerciali.

Firma del Proponente _____

Mod. 186237 Ed. 04/2015 - PRO



Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Sede Legale: Corso Inghilterra 3, 10138 Torino Sede Operativa: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano
Capitale Sociale Euro 320.422.508 Codice Fiscale, Partita IVA e N. Iscrizione Registro Imprese di Torino 02505650370 Società soggetta
all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al N. 1.00066
Capogruppo del Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al N. 28

Società del gruppo

INTESA  SANPAOLO

**QUESTIONARIO MEDICO Mod. 186243 Ed. 04/2015**

**da inviare unitamente a una copia della Proposta, a mezzo lettera raccomandata al seguente indirizzo:
c/o Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. - Viale Stelvio, 55/57 - 20159 Milano**

COMPILATO A CURA DEL

CODICE

Indirizzo

Cognome e nome del Proponente..... nato a il

domiciliato a Via CAP di professione

documento di riconoscimento..... n.....

telefono..... e-mail.....

N° Proposta | | | | | | | | | | / | | |

Filiale Intesa Sanpaolo di..... ABI..... CAB.....

A - ANAMNESI FAMILIARE

FAMILIARI	VIVENTI			DEFUNTI		
	Età	Condizione di salute attuale:		Età alla morte	In quale anno	Eventuali malattie eredo-familiari e causa della morte
		Normale	Patologica (1)			
Padre		☐	☐			
Madre		☐	☐			
Fratelli		☐	☐			
.....		☐	☐			
.....		☐	☐			
Sorelle		☐	☐			
.....		☐	☐			
Coniuge		☐	☐			
Figli		☐	☐			
.....		☐	☐			
.....		☐	☐			

(1) Precisare eventuali malattie eredo-familiari (diabete, gotta, tumori ecc.)

B - ANAMNESI PERSONALE

1 - Servizio militare

1.1 - È stato dichiarato abile al servizio militare?

Si ☐NO ☐

– Se NO per quali motivi?

2 - Abitudini di vita

2.1 - Ha fatto uso di $\left\{ \begin{array}{l} \text{tabacco?} \\ \text{alcolici?} \end{array} \right.$

Sì ☐

Indicare la quantità giornaliera

Sì ☐

..... NO ☐

Indicare la quantità giornaliera

2.2 - Attualmente fa uso di

- tabacco?
- alcolici?

Sì ☐

Indicare la quantità giornaliera

Si ☐

..... NO ☐

Indicare la quantità giornaliera

2.3 - Ha fatto uso o fa uso di stupefacenti o di droghe?

Sì ☐

quali? NO ☐

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Sede Legale: Corso Inghilterra 3, 10138 Torino Sede Operativa: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano
Capitale Sociale Euro 320.422.508 Codice Fiscale, Partita IVA e N. Iscrizione Registro Imprese di Torino 02505650370 Società soggetta
all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al N. 1.00066
Capogruppo del Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al N. 28

Società del gruppo **INTESA**  **SANPAOLO**

6 - È stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapia a base di emoderivati? In caso affermativo specificare il motivo e l'epoca	SÌ ☐ NO ☐
7 - Ha praticato esami? – quali? (urine, sangue, HIV, ricerca antigene AU, radiologici, elettrocardiografici, elettroencefalografici ecc.) – per quali motivi? – quando? con quale esito?	SÌ ☐ NO ☐
8 - Ha medico abituale o di famiglia? – nome e cognome – indirizzo – quando e per quali motivi lo ha consultato	SÌ ☐ NO ☐
9 - Pratica attualmente cure (dietetiche, di insulina o di preparati ipoglicemizzanti, idrobalneoterapiche, roëntgen/radium-terapiche o altre)? – se SÌ, precisare quali	SÌ ☐ NO ☐
10 - Precedenti assicurativi? – ha subito visite mediche a scopo di assicurazione vita? – è stato accettato a condizioni normali?	SÌ ☐ NO ☐ SÌ ☐ NO ☐
11 - Altre dichiarazioni del Proponente? – beneficia di una pensione di invalidità? – se SÌ, indicare la causa nonché la percentuale di invalidità – altre dichiarazioni	SÌ ☐ NO ☐

Dichiaro ad ogni effetto di legge di aver letto le risposte sopra scritte e di trovarle in tutto conformi a quelle da me date.

Dichiaro inoltre di non soffrire di una o più delle seguenti malattie:

malattie psichiatriche, malattie genetiche, malattie rare, altre malattie non riportate e che abbiano comportato o comportino un trattamento per un periodo continuativo superiore a 30 giorni.

Data

FIRMA DEL PROPONENTE

C - DICHIARAZIONI DEL MEDICO

1 - È legato al Proponente da vincoli di parentela, di affinità, di amicizia, di interessi?

Sì ☐NO ☐

2 - È medico abituale o di medicina generale del Proponente?

Sì ☐NO ☐**D - ESAME OBIETTIVO****1 - Condizioni generali**

1.1 - Aspetto generale (obeso, gracile, magro)

.....

1.2 - Parametri

Altezza (cm)	Peso (kg)	Circonferenza toracica (cm)		Circonferenza addominale (cm)	Pressione arteriosa		Frequenza del polso
		Mx. ispir.	Mx. espir.		Mx.	Mn.	

Normale

Patologico

1.3 - Cute e mucose visibili (colorito, affezioni, cicatrici)

☐☐.....
.....

1.4 - Apparato muscolare (masse muscolari)

☐☐.....
.....

1.5 - Apparato osteoarticolare (deformità toraciche, artropatie ecc.)

☐☐.....
.....

1.6 - Apparato linfatico (adenopatie)

☐☐.....
.....

1.7 - Condizioni della tiroide

☐☐.....
.....

1.8 - Condizioni delle mammelle

☐☐.....
.....**2 - Apparato respiratorio**

2.1 - Prime vie respiratorie (naso, tonsille ecc.)

☐☐.....
.....

2.2 - Voce

☐☐.....
.....

2.3 - Ispezione, palpazione e percussione

☐☐.....
.....

2.4 - Auscultazione

☐☐.....
.....

Conclusione diagnostica

☐☐.....
.....

3 - Apparato cardiovascolare	Normale	Patologico
3.1 - Cuore		
– ispezione e palpazione	☐	☐
		
– percussione (area cardiaca)	☐	☐
		
– auscultazione	☐	☐
		
3.2 - Arterie (palpazione, soffi)	☐	☐
		
3.3 - Vene (varici ecc.)	☐	☐
		
Conclusione diagnostica	☐	☐
		
		
4 - Apparato digerente		
4.1 - Bocca	☐	☐
		
4.2 - Addome		
– ispezione e palpazione	☐	☐
		
4.3 - Fegato	☐	☐
		
4.4 - Milza	☐	☐
		
4.5 - Retto e ano (fistole, emorroidi, ascessi, fistole in particolare TBC ecc.)	☐	☐
		
4.6 - Eventuali ernie (sede, tipo, riducibilità ecc.)	☐	☐
		
Conclusione diagnostica	☐	☐
		
		
5 - Apparato uro genitale		
5.1 - Reni, vescica, uretra, prostata, testicoli (calcolosi, prostatismo, stenosi uretrale ecc.)	☐	☐
		
		
Conclusione diagnostica	☐	☐
		
		

	Normale	Patologico
6 - Sistema nervoso		
6.1 - Condizioni psichiche	☐	☐
		
6.2 - Motilità	☐	☐
		
6.3 - Sensibilità e riflessi	☐	☐
		
6.4 - Organi dei sensi		
– orecchio (disturbi funzionali, otorrea ecc.)	☐	☐
		
– occhio (disturbi della vista, esoftalmo ecc.)	☐	☐
		
Conclusione diagnostica	☐	☐
		
		

Il Proponente dichiara di non soffrire di una o più delle seguenti malattie:

- **MALATTIE DEL CUORE E DEI VASI:** cardiopatia ischemica, Infarto del miocardio, aritmia cardiaca in trattamento farmacologico da almeno 1 anno o con necessità di ricovero ospedaliero negli ultimi 5 anni o con storia di complicanze tromboemboliche, miocardiopatie primitive e/o secondarie, cuore polmonare cronico, tetralogia di Fallot, pericardite cronica, valvulopatia cardiaca complicata da ipertrofia cardiaca o ipertensione polmonare o complicanze tromboemboliche o epato/splenomegalia (aumento di dimensioni di fegato o milza) o indicazione al trattamento chirurgico, coronaropatia già sottoposta o con indicazione a trattamento invasivo (angioplastica coronarica; by-pass chirurgico), ipertensione arteriosa con secondaria ipertrofia cardiaca o complicanze renali (nefropatia) o complicanze oculari (retinopatia) o complicanze vascolari sistemiche, vasculopatia aortoiliaca con indicazione all'intervento chirurgico o segni di ischemia periferica o storia di complicanze tromboemboliche, aneurismi o malformazioni dell'aorta, varici esofagee.
- **MALATTIE DEI POLMONI:** broncopneumopatia ostruttiva (BPCO) in trattamento o che abbia richiesto un ricovero ospedaliero o con secondarie complicanze cardiache, enfisema polmonare in trattamento o che abbia richiesto un ricovero ospedaliero o con secondarie complicanze cardiache, altre patologie respiratorie con secondarie complicanze cardiache o con necessità (anche non continuativa) di ossigenoterapia, silicosi, asbestosi, fibrosi polmonare interstiziale diffusa.
- **MALATTIE DEL SANGUE:** anemia aplastica, granulocitosi, emoglobinopatie, talassemie (con l'eccezione delle forme silenti e della talassemia minor), emofilia, policitemie, gammopatie, trombofilie, drepanocitosi, altre malattie del sangue con indicazione all'asportazione della milza o necessità di periodiche trasfusioni (di sangue o di derivati ematici), altre malattie del sangue che abbiano richiesto un ricovero ospedaliero.
- **MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO:** vasculopatia cerebrale con almeno un episodio di ischemia cerebrale (anche transitoria), aneurismi o malformazioni vascolari cerebrali, ictus cerebrale, emorragia intracranica di natura non traumatica, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti.
- **MALATTIE DELLO STOMACO, DELL'INTESTINO E DEL FEGATO:** cirrosi epatica o forme di colangite sclerosante, epatite cronica, anoressia nervosa, rettocolite ulcerosa, malattia di Chron od altre malattie infiammatorie croniche dell'intestino.
- **MALATTIE DEI RENI:** insufficienza renale cronica.
- **MALATTIE TUMORALI:** neoplasie maligne di qualsiasi tipo.
- **ALTRE MALATTIE:** miastenia grave, diabete di tipo I o II in trattamento insulinico o con complicanze cardiocircolatorie (angiopatia diabetica) o renali (nefropatia diabetica) o oculari (retinopatia diabetica) o neurologiche (neuropatia diabetica), sieropositività per il virus dell'HIV, connettiviti (collagenosi) e vasculiti con interessamento cardiaco o polmonare, Lupus eritematoso sistemico od altre malattie autoimmunitarie con interessamento cardiaco o polmonare, sarcoidosi con interessamento cardiaco o polmonare, amiloidosi con interessamento cardiaco, malattie genetiche con coinvolgimento neurologico o cardiaco o vascolare o renale o respiratorio o gastrointestinale o scheletrico (ossa o muscoli), obesità con indicazione al trattamento chirurgico o con complicanze cardiovascolari o respiratorie, dislipidemie resistenti alla terapia farmacologica.

FIRMA DEL PROPONENTE

Il Medico curante dichiara di aver raccolto l'anamnesi di cui alla sezione A e B ed eseguito l'esame obiettivo di cui alla sezione D del Proponente _____
con diligenza e consegna il presente Questionario Medico al Proponente.

Data _____

Luogo _____

in cui è stato compilato il questionario medico.

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO CURANTE



Polizza ProteggiMutuo Vita Tariffa 52CC

RAPPORTO DI VISITA MEDICA Mod. 186242 Ed. 04/2015

da inviare unitamente a una copia della Proposta, a mezzo lettera raccomandata al seguente indirizzo:
c/o Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. - Viale Stelvio, 55/57 - 20159 Milano

COMPILATO A CURA DEL

DR. _____

Indirizzo _____

CODICE

Cognome e nome del Proponente _____ nato a _____ il _____

domiciliato a _____ Via _____ CAP _____ di professione _____

documento di riconoscimento _____ n. _____

telefono _____ e-mail _____

N° Proposta _____ / _____

Filiale Intesa Sanpaolo di _____ ABI _____ CAB _____

A - ANAMNESI FAMILIARE

	VIVENTI			DEFUNTI		
FAMILIARI	Età	Condizione di salute attuale:		Età alla morte	In quale anno	Eventuali malattie eredo-familiari e causa della morte
		Normale	Patologica (1)			
Padre		☐	☐			
Madre		☐	☐			
Fratelli		☐	☐			
		☐	☐			
		☐	☐			
Sorelle		☐	☐			
		☐	☐			
Coniuge		☐	☐			
Figli		☐	☐			
		☐	☐			
		☐	☐			

(1) Precisare eventuali malattie eredo-familiari (diabete, gotta, tumori ecc.)

B - ANAMNESI PERSONALE

1 - Servizio militare

1.1 - È stato dichiarato abile al servizio militare?

Sì ☐

NO ☐

– Se NO per quali motivi?

2 - Abitudini di vita

2.1 - Ha fatto uso di $\left\{ \begin{array}{l} \text{tabacco?} \\ \text{alcolici?} \end{array} \right.$

Sì ☐

Indicare la quantità giornaliera

NO ☐

Sì ☐

Indicare la quantità giornaliera

NO ☐

2.2 - Attualmente fa uso di $\left\{ \begin{array}{l} \text{tabacco?} \\ \text{alcolici?} \end{array} \right.$

Sì ☐

Indicare la quantità giornaliera

NO ☐

Sì ☐

Indicare la quantità giornaliera

NO ☐

2.3 - Ha fatto uso o fa uso di stupefacenti o di droghe?

Sì ☐

quali? NO ☐

6 - È stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapia a base di emoderivati? In caso affermativo specificare il motivo e l'epoca	SÌ ☐ NO ☐
7 - Ha praticato esami? – quali? (urine, sangue, HIV, ricerca antigene AU, radiologici, elettrocardiografici, elettroencefalografici ecc.) – per quali motivi? – quando? con quale esito?	SÌ ☐ NO ☐
8 - Ha medico abituale o di famiglia? – nome e cognome – indirizzo – quando e per quali motivi lo ha consultato	SÌ ☐ NO ☐
9 - Pratica attualmente cure (dietetiche, di insulina o di preparati ipoglicemizzanti, idrobalneoterapiche, roëntgen/radium-terapiche o altre)? – se SÌ, precisare quali	SÌ ☐ NO ☐
10 - Precedenti assicurativi? – ha subito visite mediche a scopo di assicurazione vita? – è stato accettato a condizioni normali?	SÌ ☐ NO ☐ SÌ ☐ NO ☐
11 - Altre dichiarazioni del Proponente? – beneficia di una pensione di invalidità? – se SÌ, indicare la causa nonché la percentuale di invalidità – altre dichiarazioni	SÌ ☐ NO ☐

Dichiaro ad ogni effetto di legge di aver letto le risposte sopra scritte e di trovarle in tutto conformi a quelle da me date.

Dichiaro inoltre di non soffrire di una o più delle seguenti malattie:

malattie psichiatriche, malattie genetiche, malattie rare, altre malattie non riportate e che abbiano comportato o comportino un trattamento per un periodo continuativo superiore a 30 giorni.

Data

FIRMA DEL PROPONENTE

C - DICHIARAZIONI DEL MEDICO

1 - È legato al Proponente da vincoli di parentela, di affinità, di amicizia, di interessi?

Sì ☐NO ☐

2 - È medico abituale o di medicina generale del Proponente?

Sì ☐NO ☐**D - ESAME OBIETTIVO****1 - Condizioni generali**

1.1 - Aspetto generale (obeso, gracile, magro)

1.2 - Parametri

Altezza (cm)	Peso (kg)	Circonferenza toracica (cm)		Circonferenza addominale (cm)	Pressione arteriosa		Frequenza del polso
		Mx. ispir.	Mx. espir.		Mx.	Mn.	

Normale

Patologico

1.3 - Cute e mucose visibili (colorito, affezioni, cicatrici)

☐☐
.....

1.4 - Apparato muscolare (masse muscolari)

☐☐
.....

1.5 - Apparato osteoarticolare (deformità toraciche, artropatie ecc.)

☐☐
.....

1.6 - Apparato linfatico (adenopatie)

☐☐
.....

1.7 - Condizioni della tiroide

☐☐
.....

1.8 - Condizioni delle mammelle

☐☐
.....**2 - Apparato respiratorio**

2.1 - Prime vie respiratorie (naso, tonsille ecc.)

☐☐
.....

2.2 - Voce

☐☐
.....

2.3 - Ispezione, palpazione e percussione

☐☐
.....

2.4 - Auscultazione

☐☐
.....

Conclusione diagnostica

☐☐
.....

3 - Apparato cardiovascolare	Normale	Patologico
3.1 - Cuore		
– ispezione e palpazione	☐	☐
		
– percussione (area cardiaca)	☐	☐
		
– auscultazione	☐	☐
		
3.2 - Arterie (palpazione, soffi)	☐	☐
		
3.3 - Vene (varici ecc.)	☐	☐
		
Conclusione diagnostica	☐	☐
		
		
4 - Apparato digerente		
4.1 - Bocca	☐	☐
		
4.2 - Addome		
– ispezione e palpazione	☐	☐
		
4.3 - Fegato	☐	☐
		
4.4 - Milza	☐	☐
		
4.5 - Retto e ano (fistole, emorroidi, ascessi, fistole in particolare TBC ecc.)	☐	☐
		
4.6 - Eventuali ernie (sede, tipo, riducibilità ecc.)	☐	☐
		
Conclusione diagnostica	☐	☐
		
		
5 - Apparato uro genitale		
5.1 - Reni, vescica, uretra, prostata, testicoli (calcolosi, prostatismo, stenosi uretrale ecc.)	☐	☐
		
		
Conclusione diagnostica	☐	☐
		
		

	Normale	Patologico
6 - Sistema nervoso		
6.1 - Condizioni psichiche	☐	☐
6.2 - Motilità	☐	☐
6.3 - Sensibilità e riflessi	☐	☐
6.4 - Organi dei sensi		
– orecchio (disturbi funzionali, otorrea ecc.)	☐	☐
– occhio (disturbi della vista, esoftalmo ecc.)	☐	☐
Conclusione diagnostica	☐	☐

7 - Referti di esami effettuati negli ultimi 30 giorni da produrre al medico ed allegare al presente modulo

- ☐ Anticorpi anti HCV
- ☐ Bilirubinemia totale e frazionata
- ☐ Colesterolemia totale e frazionata
- ☐ Creatininemia
- ☐ ECG a riposo e sottosforzo
- ☐ Esame emocromocitometrico + formula leucocitaria + conta piastrine
- ☐ Esame urine in laboratorio
- ☐ Gamma GT-GPT-GOT
- ☐ Glicemia
- ☐ HBsAG
- ☐ HIV
- ☐ Lipemia totale
- ☐ Protidogramma elettroforetico
- ☐ Trigliceridemia
- ☐ Ves

8 - Conclusioni diagnostiche

(dopo presa visione dei referti)

Il Proponente non soffre di una o più delle seguenti malattie:

- **MALATTIE DEL CUORE E DEI VASI:** cardiopatia ischemica, infarto del miocardio, aritmia cardiaca in trattamento farmacologico da almeno 1 anno o con necessità di ricovero ospedaliero negli ultimi 5 anni o con storia di complicanze tromboemboliche, miocardiopatie primitive e/o secondarie, cuore polmonare cronico, tetralogia di Fallot, pericardite cronica, valvulopatia cardiaca complicata da ipertrofia cardiaca o ipertensione polmonare o complicanze tromboemboliche o epato/splenomegalia (aumento di dimensioni di fegato o milza) o indicazione al trattamento chirurgico, coronaropatia già sottoposta o con indicazione a trattamento invasivo (angioplastica coronarica; by-pass chirurgico), ipertensione arteriosa con secondaria ipertrofia cardiaca o complicanze renali (nefropatia) o complicanze oculari (retinopatia) o complicanze vascolari sistemiche, vasculopatia aortoiliaca con indicazione all'intervento chirurgico o segni di ischemia periferica o storia di complicanze tromboemboliche, aneurismi o malformazioni dell'aorta, varici esofagee.
 - **MALATTIE DEI POLMONI:** broncopneumopatia ostruttiva (BPCO) in trattamento o che abbia richiesto un ricovero ospedaliero o con secondarie complicanze cardiache, enfisema polmonare in trattamento o che abbia richiesto un ricovero ospedaliero o con secondarie complicanze cardiache, altre patologie respiratorie con secondarie complicanze cardiache o con necessità (anche non continuativa) di ossigenoterapia, silicosi, asbestosi, fibrosi polmonare interstiziale diffusa.
 - **MALATTIE DEL SANGUE:** anemia aplastica, granulocitosi, emoglobinopatie, talassemie (con l'eccezione delle forme silenti e della talassemia minor), emofilia, policitemie, gammopatie, trombofilie, drepanocitosi, altre malattie del sangue con indicazione all'asportazione della milza o necessità di periodiche trasfusioni (di sangue o di derivati ematici), altre malattie del sangue che abbiano richiesto un ricovero ospedaliero.
 - **MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO:** vasculopatia cerebrale con almeno un episodio di ischemia cerebrale (anche transitoria), aneurismi o malformazioni vascolari cerebrali, ictus cerebrale, emorragia intracranica di natura non traumatica, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti.
 - **MALATTIE DELLO STOMACO, DELL'INTESTINO E DEL FEGATO:** cirrosi epatica o forme di colangite sclerosante, epatite cronica, anoressia nervosa, rettocolite ulcerosa, malattia di Chron od altre malattie infiammatorie croniche dell'intestino.
 - **MALATTIE DEI RENI:** insufficienza renale cronica.
 - **MALATTIE TUMORALI:** neoplasie maligne di qualsiasi tipo.
 - **ALTRE MALATTIE:** miastenia grave, diabete di tipo I o II in trattamento insulinico o con complicanze cardiocircolatorie (angiopatia diabetica) o renali (nefropatia diabetica) o oculari (retinopatia diabetica) o neurologiche (neuropatia diabetica), sieropositività per il virus dell'HIV, connettiviti (collagenosi) e vasculiti con interessamento cardiaco o polmonare, Lupus eritematoso sistemico od altre malattie autoimmunitarie con interessamento cardiaco o polmonare, sarcoidosi con interessamento cardiaco o polmonare, amiloidosi con interessamento cardiaco, malattie genetiche con coinvolgimento neurologico o cardiaco o vascolare o renale o respiratorio o gastrointestinale o scheletrico (ossa o muscoli), obesità con indicazione al trattamento chirurgico o con complicanze cardiovascolari o respiratorie, dislipidemie resistenti alla terapia farmacologica.
-

Il Medico curante dichiara di aver raccolto l'anamnesi di cui alla sezione A e B ed eseguito l'esame obiettivo di cui alla sezione D del Proponente _____
con diligenza e consegna il presente Rapporto al Proponente.

Data _____

Luogo _____

in cui è stata effettuata la visita medica.

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO CURANTE



FAC-SIMILE DEL MODULO DI ADESIONE A SEGUITO DI PROPOSTA

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA PROTEGGIMUTUO VITA – TARIFFA 52CC

Adesione n.

La polizza collettiva n. _____ di cui all'intestazione del modulo di adesione stipulata da **Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.** (di seguito la "Compagnia") con - _____ - (di seguito "intermediario")
accede al contratto di mutuo n. _____ stipulato dall'Aderente (di seguito "Assicurato") con
l'intermediario ed è finalizzata a fornire la seguente copertura assicurativa:
Decesso.

L'Assicurato, sottoscrivendo la presente polizza collettiva, acquista la copertura assicurativa sopra descritta.

Il presente modulo di adesione viene sottoscritto a seguito dell'avvenuta accettazione da parte della Compagnia della Proposta n. _____ consegnata e sottoscritta dal Proponente il _____, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione di cui al mod. 186237 ed. 04/2015 e del Questionario Medico o Rapporto di visita medica come successivamente indicato.

Il sottoscritto Assicurato:

Cognome:

Nome:

Luogo di nascita:

Data di nascita:

Sesso:

Codice fiscale:

Indirizzo - recapito:

Località:

Cap:

Prov:

Professione:

Intestatario del contratto di mutuo n.:

C/C Iban n.:

Decorrenza mutuo:

Scadenza mutuo:

Data fine preammortamento mutuo:

TAN originario del mutuo:

La prestazione assicurativa non può risultare superiore al limite massimo calcolato con un piano di ammortamento alla francese a rate mensili costanti e posticipate, con un TAN del 7,5%, considerando l'eventuale periodo di preammortamento, e con una durata pari a quella della copertura assicurativa, sulla base dell'importo del capitale assicurato riportato nel presente modulo.

DATI RELATIVI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

- La polizza decorre dalle ore 24.00 del _____
- La polizza scade alle ore 24.00 del _____ ovvero alle ore 24.00 del giorno in cui si verificano uno degli eventi indicati agli artt. 4 "Conclusione, decorrenza e durata della copertura" e 6 "Cause di annullamento del contratto, altri eventi relativi al mutuo sottostante" delle Condizioni di Assicurazione di cui al Mod. 186237 Ed. 04/2015.
- Il capitale richiesto è pari a: euro _____
- Il capitale assicurato iniziale così come definito dall'art. 1 "Oggetto della copertura assicurativa" delle sopra citate Condizioni di Assicurazione è pari a euro: _____

In riferimento alla durata e al capitale assicurato iniziale richiesti per l'adesione alla Polizza collettiva è previsto il versamento del seguente premio unico:

- euro _____ (euro _____ per eventuale detrazione in sede di dichiarazione dei redditi - si veda Testo Unico delle Imposte sui Redditi -).





Nell'importo del premio unico sono inclusi i seguenti costi a carico dell'Assicurato: euro _____ di cui provvigioni percepite dall'intermediario pari a euro _____

In caso di estinzione anticipata della polizza conseguente all'estinzione anticipata o al trasferimento del contratto di mutuo e nei casi di sinistro nei quali la Compagnia accerti che l'Assicurato non aveva le condizioni di assicurabilità, la Compagnia applicherà una spesa amministrativa pari a 10,00 euro.

DICHIARAZIONI DI BUONO STATO DI SALUTE

L'Assicurato, in riferimento all'età anagrafica compresa tra i _____ anni compiuti e i _____ anni compiuti (alla data di sottoscrizione della sopra citata Proposta), **dichiara** circa il proprio stato di salute, che le dichiarazioni rese al proprio medico curante _____ nel Mod. _____ Ed. _____ sono veritiere.

Avvertenze:

- **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- **prima della sottoscrizione della "Dichiarazione di buono stato di salute" l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate;**
- **l'Assicurato può chiedere, con costi a proprio carico, di essere sottoposto a visita medica, presso una struttura medica dallo stesso prescelta, per certificare l'effettivo stato di salute.**
- **al verificarsi di quanto precisato all'art. 12 "Cumulo" delle sopra citate Condizioni di Assicurazione, la Compagnia si riserva, entro 60 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, di restituire all'Assicurato il premio versato, estinguendo la copertura assicurativa fino a quel momento operante.**

Firma dell'Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI ADESIONE

Con l'apposizione della firma in calce l'Assicurato dichiara di acconsentire esplicitamente, anche ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1919 c.c., alla conclusione del presente contratto di assicurazione e di aderire alla polizza collettiva sopra indicata.

L'Assicurato dichiara che la sua attività lavorativa non rientra tra quelle di seguito elencate: acrobata, trapezista, artista controfigura, aviazione civile (membro equipaggio traffico regolare, pilota elicottero privato, pilota traffico aereo regolare), chimico o fisico nel campo dell'energia nucleare o della fabbricazione degli esplosivi, collaudatore di auto o motoveicoli dipendente di case automobilistiche e/o motociclistiche, guida alpina, addetto alle Forze armate (artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti di mezzi aerei, unità speciali), operaio a contatto con materiale esplosivo o venefico, operaio di aziende petrolifere su piattaforme in mare, operaio di cementifici, operaio di impianti di energia nucleare, sommozzatore o palombaro, speleologo, titolare o dipendente con lavoro manuale (in cava con uso di esplosivi, in cantieri edili o in cantieri di sistemazione idraulica entrambi collocati in gallerie, pozzi e simili o che utilizzino esplosivi, in miniera).

L'Assicurato dichiara di aver letto attentamente, compreso e di accettare in ogni loro parte le sopra citate Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurato designa come Beneficiario della copertura assicurativa:

EREDI TESTAMENTARI O, IN MANCANZA, GLI EREDI LEGITTIMI DELL'ASSICURATO





Le eventuali modifiche e/o revoche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento; a pena inefficacia della designazione, la dichiarazione dell'Assicurato deve inequivocabilmente fare specifica menzione della presente polizza ai fini dell'attribuzione, della revoca o della modifica del beneficio disposto a favore del "terzo".

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa anche ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

In particolare, la Compagnia non procederà al pagamento della prestazione per i sinistri causati da invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, preesistenti e diagnosticati all'Assicurato prima della decorrenza della copertura stessa, fermo restando quanto previsto dalle sopra citate Condizioni di Assicurazione.

Firma dell'Assicurato _____

PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Assicurato prende atto che la Compagnia ha conferito all'intermediario apposito mandato all'incasso.

L'unica modalità di pagamento del premio prevista è il pagamento in un'unica soluzione al momento della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione sulle coordinate bancarie (IBAN) precedentemente indicate.

Il premio può anche essere finanziato, cioè aggiunto all'importo preso a prestito con il mutuo. In tal caso l'Assicurato autorizza sin da ora l'intermediario a trattenere dal conto corrente il premio assicurativo, prendendo atto che la trattenuta della somma corrispondente varrà come pagamento dei premio unico a favore della Compagnia.

Qualora non venga finanziato il premio sarà prelevato mediante addebito sul conto corrente che l'Assicurato ha in essere presso l'intermediario.

L'estratto conto bancario costituisce quietanza di pagamento.

Firma dell'Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI RICEZIONE DEL FASCICOLO INFORMATIVO

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, il fac-simile del Modulo di Adesione e l'Informativa sul trattamento dei dati personali rilasciata ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 relativi alla polizza denominata "PROTEGGIMUTUO VITA" di cui al Mod. 186237 Ed. 04/2015.

Firma dell'Assicurato _____





L'Assicurato dichiara inoltre di approvare espressamente anche ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del C. C. i seguenti articoli delle sopra citate Condizioni di Assicurazione: l'art. 1 "Oggetto della copertura assicurativa", l'art. 5 "Pagamento del premio", l'art. 6 "Cause di annullamento del contratto, altri eventi relativi al mutuo sottostante", l'art. 8 "Oneri in caso di sinistro", l'art. 11 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", l'art. 12 "Cumulo", l'art. 20 "Procedimento di mediazione, foro competente e controversie", l'art. 21 "Delimitazione dell'Assicurazione - Esclusioni", l'art. 22 "Dichiarazioni dell'Assicurato", l'art. 24 "Clausola di carenza", l'art. 25 "Documentazione richiesta in caso di sinistro", l'art. 26 "I Beneficiari della prestazione assicurativa", l'art. 27 "Modifica della professione dell'Assicurato".

Firma dell'Assicurato _____

Emesso a _____ il _____

SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO DEL COLLOCAMENTO

Cognome e nome _____

Matricola _____

Ai sensi della normativa antiriciclaggio si attesta la regolarità e l'autenticità di tutte le sottoscrizioni nonché di aver provveduto alla preventiva identificazione personale dei soggetti firmatari.

Firma del soggetto incaricato del collocamento _____

INFORMATIVA SUL DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato ha facoltà di recedere dalla polizza collettiva mediante lettera raccomandata, con avviso di ricevimento, indirizzata a Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. - Ufficio Gestione Polizze C.P.I. - Viale Stelvio, 55/57 - 20159 Milano, da inviarsi entro 60 giorni dalla conclusione del contratto.





CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Letta l'informativa sul trattamento dei dati personali rilasciata da Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e riportata nella Documentazione contrattuale di riferimento (Mod.186237 Ed.04/2015, di seguito denominata l'“**Informativa**”) esprimo, apponendo la mia firma, il consenso:

- al trattamento dei miei dati personali sensibili;
- alla comunicazione dei miei dati personali, anche sensibili, e al loro successivo trattamento da parte delle categorie di soggetti indicati al punto 5, lett. a) dell'Informativa quali, ad esempio, società del Gruppo Intesa Sanpaolo e soggetti esterni al menzionato Gruppo (come archivisti, riassicuratori ed altri intermediari);
- al trasferimento all'estero dei miei dati, anche sensibili, come indicato al punto 5 lett. a) dell'Informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

per le finalità assicurative - contrattuali e obblighi di legge indicate al punto 2, lett. a) e b) dell'Informativa.

Le ricordiamo che senza tale consenso non è possibile concludere o dare esecuzione al rapporto contrattuale.

Firma dell'Assicurato _____

Inoltre, barrando l'opzione sottostante e apponendo la mia firma in calce, con riferimento a quanto indicato nel punto 2 “Finalità del trattamento dei dati” - lett. c) dell'Informativa (Attività Promo-Commerciali).

Presto il consenso

☐

Nego il consenso

☐

al trattamento dei miei dati personali (non sensibili), da parte di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. e delle altre società del Gruppo Intesa Sanpaolo a cui i miei dati personali possono essere stati ceduti, per lo svolgimento -in via autonoma o avvalendosi di soggetti terzi appositamente incaricati - di attività funzionali alla promozione, alla erogazione e/o alla vendita di prodotti e servizi di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., di società del Gruppo Intesa Sanpaolo o di società terze e, sempre con riferimento ai medesimi prodotti e servizi, per effettuare indagini di mercato, di *customer satisfaction* e dei bisogni della clientela, o per offrire prodotti e servizi individuati in base al profilo personale; nonché al successivo utilizzo dei miei dati personali da parte dei soggetti indicati al punto 5 lett. b) dell'Informativa per lo svolgimento delle medesime Attività Promo-Commerciali.

Firma dell'Assicurato _____

Mod. 186237 Ed. 04/2015 - CON POST





INTESA SANPAOLO
VITA

Polizza Proteggimutuo Vita

**Informativa
sul trattamento
dei dati personali**

(Informativa aggiornata al 31 marzo 2015)

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito "**Codice Privacy**") Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. (di seguito anche la "**Società**") appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo, la informa – nella sua qualità di "Interessato" (Proponente, Assicurato) – circa l'utilizzo dei dati personali, eventualmente anche sensibili e giudiziari¹, che la riguardano e sui suoi diritti.

1. FONTE DEI DATI PERSONALI

I dati personali oggetto del trattamento (nome, cognome, sesso, residenza, professione, data di nascita, recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica e ogni altro dato, anche sensibile, necessario per lo svolgimento dei trattamenti di cui al successivo punto 2) sono raccolti direttamente o tramite le reti di vendita presso la clientela e/o presso terzi² legittimati a fornire tale comunicazione, durante la fase di negoziazione e perfezionamento del rapporto contrattuale ovvero durante la fase successiva di esecuzione e gestione del rapporto stesso.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I suoi dati personali sono trattati nell'ambito dell'attività della Società per le seguenti finalità:

- svolgere le attività strettamente connesse e strumentali alla conclusione, alla gestione e alla esecuzione del rapporto contrattuale³;
- adempiere agli obblighi derivanti da normative nazionali e comunitarie, nonché a disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da Organi di Vigilanza e Controllo⁴;
- con riferimento a prodotti e servizi propri, di società del Gruppo Intesa Sanpaolo ovvero di società terze: (i) svolgere attività funzionali alla promozione, alla erogazione e/o alla vendita dei prodotti e servizi, (ii) effettuare indagini di mercato, di *customer satisfaction* e dei bisogni della clientela, nonché (iii) offrire prodotti e servizi individuati attraverso l'elaborazione dei dati personali relativi a preferenze, abitudini, scelte di consumo, desiderata, ecc. (nel seguito unitariamente considerate le "**Attività Promo-Commerciali**"). I suoi dati personali potranno altresì essere ceduti a società del Gruppo Intesa Sanpaolo per lo svolgimento delle Attività Promo-Commerciali con riferimento a prodotti e servizi propri, di società del Gruppo Intesa Sanpaolo ovvero di società terze.

Le Attività Promo-Commerciali potranno essere compiute, oltre che dalla Società, da ciascuna delle altre società del Gruppo Intesa Sanpaolo, in via autonoma o avvalendosi di soggetti terzi appositamente incaricati, attraverso: (i) manifestazioni a premio, (ii) la posta ordinaria o elettronica, (iii) il telefono (anche cellulare), (iv) il telefax, (v) internet, (vi) visite a domicilio (vii) SMS/ MMS, e (viii) altri sistemi di comunicazione a distanza anche automatizzati.

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei suoi dati personali avviene mediante: (i) la raccolta dei medesimi, (ii) la registrazione, a fini di conservazione, in registri cartacei ed elettronici, (iii) l'organizzazione ed elaborazione dei dati contenuti negli archivi elettronici, (iv) la comunicazione ad altri soggetti (vedi punto 5) e (v) la cancellazione e distruzione dei dati, qualora vengano meno i presupposti del trattamento. Le modalità di trattamento dei dati prevedono pertanto l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi in conformità alle norme vigenti. Vengono utilizzati sistemi di prevenzione e protezione, sistematicamente aggiornati e verificati in termini di affidabilità.

4. CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI RISPONDERE

Fatto salvo il caso in cui il conferimento dei suoi dati è obbligatorio in quanto richiesto da specifiche normative, lo stesso deve considerarsi sempre facoltativo, sebbene in alcuni casi necessario per concludere, gestire o dare esecuzione al rapporto contrattuale. Ne consegue che l'eventuale rifiuto di rispondere può comportare l'impossibilità

¹ L'art. 4, comma 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, comma 1, lett. e) definisce giudiziari, ad esempio, i dati inerenti al casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.

² Ad esempio, contraenti di polizze collettive o individuali in cui lei risulti assicurato, eventuali coobbligati, altri operatori assicurativi (quali agenti, mediatori di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); società del Gruppo Intesa Sanpaolo di cui lei è già cliente; soggetti ai quali per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura assicurativa, di liquidazione di un sinistro, di trasferimento della posizione previdenziale, ecc.) richiediamo informazioni o sono tenuti a comunicarci informazioni; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; Magistratura, Forze dell'Ordine e altri soggetti pubblici.

³ A titolo esemplificativo: negoziazione, predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione anche con finalità previdenziali, acquisizione delle adesioni a fondi pensione, raccolta premi, liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni contrattuali, redistribuzione del rischio mediante riassicurazione o coassicurazione, prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore.

⁴ Ad esempio la normativa in materia di antiriciclaggio e di finanziamento del terrorismo impone la profilazione del rischio di riciclaggio e del confronto con liste pubbliche a contrasto del terrorismo internazionale; la regolamentazione IVASS richiede la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto.

di stipulare o dare esecuzione al rapporto contrattuale stesso. Il conferimento dei dati trattati per le sole Attività Promo-Commerciali è assolutamente facoltativo e il rifiuto di rispondere non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere o in corso di costituzione, inibendo solamente la possibilità di svolgere le attività indicate al precedente punto 2, lett. c).

5. COMUNICAZIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI

- a) Per le finalità di cui al precedente punto 2, lett. a) e b) e, sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e la Società, può essere necessario comunicare i suoi dati personali, oltre che a società del gruppo di appartenenza⁵, ad altri soggetti⁶ del settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o di natura pubblica che operano – in Italia o all'estero (anche al di fuori dell'Unione Europea)⁷ – come Titolari autonomi ovvero Responsabili del trattamento. Il consenso che le chiediamo, pertanto, riguarda anche la comunicazione a queste categorie di soggetti (laddove operino come autonomi titolari del trattamento) e il trattamento correlato dei dati da parte loro sempre per le finalità di cui al precedente punto 2, lett. a) e b), nonché l'eventuale trasferimento dei dati anche al di fuori dell'Unione Europea, ed è strettamente necessario per concludere e dare esecuzione al rapporto contrattuale.
- b) Per le finalità di cui al punto 2, lett. c) -ovvero le Attività Promo-commerciali sopra definite- i suoi dati personali (non sensibili) possono essere comunicati a società del gruppo di appartenenza; a società terze i cui prodotti e/o servizi sono oggetto di Attività Promo-Commerciali o che svolgono attività di supporto/realizzazione di tali attività, a soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (call center, help desk, ecc.); a studi e società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza; a società di servizi informatici o telematici, di archiviazione e postali cui possono venire affidati compiti di natura tecnico amministrativa. I soggetti appartenenti alle categorie suddette svolgono la funzione di Responsabile del trattamento oppure operano in totale autonomia come distinti Titolari del trattamento. Il consenso che le chiediamo, pertanto, riguarda la comunicazione a queste categorie di soggetti (laddove operino come autonomi titolari del trattamento) ed il trattamento correlato dei dati da parte loro sempre per le finalità di cui al punto 2, lett. c) ed è facoltativo.

Le precisiamo, infine, che l'elenco completo e costantemente aggiornato di tutti i predetti soggetti cui possono essere comunicati i dati in qualità di titolari autonomi o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati del trattamento è disponibile on-line sul sito internet della Società (www.intesasanpaolovita.it) e può anche essere richiesto scrivendo a privacy@intesasanpaolovita.it.

I suoi dati personali non sono soggetti a diffusione.

6 DATI DI SOGGETTI TERZI

La informiamo che gli eventuali dati personali di altri soggetti (ad es. beneficiario, terzo pagatore, titolare effettivo, ecc.) da lei forniti saranno utilizzati dalla Società soltanto nei limiti strettamente inerenti alla fornitura e gestione

⁵ Al riguardo si evidenzia che le informazioni relative alle operazioni da lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi dell'art. 41, comma 1, del D. Lgs. 231/2007 in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi delle attività criminose, potranno essere comunicati agli altri intermediari del Gruppo Intesa Sanpaolo, anche senza il suo consenso, per il solo fine di perseguire le finalità connesse all'applicazione della disciplina antiriciclaggio. In questo caso i dati potranno essere trattati dai soli incaricati (operanti nell'ambito dei diversi intermediari finanziari) deputati ad assolvere compiti relativi all'adempimento delle misure poste a contrasto del riciclaggio di danaro.

⁶ Si tratta in particolare dei seguenti soggetti alcuni facenti parte della c.d. "catena assicurativa":

- soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori;
- agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori diretti, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (banche, Poste Italiane, Sim, Sgr, Società di Leasing ecc.);
- società di servizi per il quietanzamento, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri tra cui la centrale operativa di assistenza, società addette alla gestione delle coperture assicurative connesse alla tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici (ad esempio il servizio per la gestione del sistema informativo della Società ivi compresa la posta elettronica); società di servizi postali (per trasmissione imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni della clientela), società di revisione, di certificazione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; società di servizi per l'acquisizione, la registrazione e il trattamento dei dati provenienti da documenti e supporti forniti ed originati dagli stessi clienti;
- società o studi professionali, legali, medici e periti fiduciari della Società che svolgono per conto di quest'ultima attività di consulenza e assistenza;
- soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intrattenuti con la clientela e soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (help desk, call center, ecc.);
- organismi consorziali propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate;
- nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI ecc.; Ministero dello Sviluppo Economico - Anagrafe tributaria; Ministero dell'Economia e delle Finanze; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28; altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

⁷ A titolo esemplificativo i Suoi dati personali possono essere trasferiti a Paesi al di fuori dell'Unione Europea per motivi inerenti all'esecuzione del contratto di cui alla finalità sub punto 2 lett. a) collegati alla gestione del rapporto contrattuale (per es. riassicurazione).

dei servizi e/o prodotti richiesti (finalità di cui al precedente punto 2, lett. a) e/o per adempiere ad obblighi derivanti dalla legge, dai regolamenti o dalla normativa comunitaria (finalità di cui al precedente punto 2, lett. b)).

7. RAPPRESENTANTE LEGALE DEL INTERESSATO INCAPACE DI AGIRE

La presente informativa, per quanto direttamente applicabile e con esclusivo riferimento alle finalità di cui al precedente punto 2, lett. a) e b), riguarda anche il trattamento dei dati del Rappresentante legale dell'Interessato qualora quest'ultimo sia incapace di agire.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy lei potrà esercitare specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dalla Società la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché delle logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, qualora ricorrano legittimi motivi; di opporsi al trattamento dei propri dati personali a fini di invio del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Titolare del trattamento dei suoi dati personali è Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., con sede legale in Torino, Corso Inghilterra, 3 – 10138. Per ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice Privacy, lei può rivolgersi a Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. – Privacy, Viale Stelvio, 55/57 – 20159 Milano. Presso i medesimi uffici è disponibile l'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento dei dati personali, elenco che può essere richiesto anche scrivendo a privacy@intesasnpaolovita.it.

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AL FAMILIARE VIVENTE DELL'ASSICURATO AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D.LGS. 30 GIUGNO 2003 N. 196

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito "**Codice**") Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. (di seguito anche la "**Società**") appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo, La informa nella sua qualità di "Interessato" (**Famigliare vivente dell'Assicurato**) circa l'utilizzo dei dati personali anche sensibili⁸ che La riguardano, forniti direttamente da Lei ovvero da terzi⁹ legittimati a fornire tale comunicazione con la compilazione dei moduli denominati "Questionario Medico" e "Rapporto di visita medica" cui la presente informativa è allegata.

A tal proposito, Le chiediamo gentilmente di leggere l'informativa di cui sotto e di concederci, se lo ritiene opportuno, il Suo consenso nei termini e con le modalità precisate nell'informativa stessa.

1. FINALITÀ DI TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI

I Suoi dati personali (età, condizioni di salute) sono trattati nell'ambito della normale attività della Società secondo le seguenti finalità:

- a) finalità amministrative, strettamente connesse e strumentali alla conoscenza della condizione clinica dell'Assicurato determinante per l'assunzione da parte della Società dei rischi connessi alla conclusione di un rapporto contrattuale di natura assicurativa con quest'ultimo;
- b) finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.

Fatto salvo il caso in cui il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio in quanto richiesto da specifiche normative, lo stesso deve considerarsi sempre facoltativo. Tuttavia, senza i Suoi dati potremmo non essere in grado di concludere il rapporto contrattuale di natura assicurativa con l'Assicurato.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei Suoi dati personali è previsto mediante:

- la raccolta dei medesimi;
- la registrazione, a fini di conservazione, in registri cartacei ed elettronici;
- l'organizzazione ed elaborazione dei dati contenuti negli archivi elettronici.
- la comunicazione ad altri soggetti incaricati dalla Società (vedi punto 3);
- la cancellazione e distruzione dei dati, qualora vengano meno i presupposti del trattamento.

Le modalità di trattamento dei dati prevedono pertanto l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità e, comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi in conformità alle norme vigenti. Vengono utilizzati sistemi di prevenzione e protezione, sistematicamente aggiornati e verificati in termini di affidabilità.

3. COMUNICAZIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI

Per il perseguimento delle finalità di cui al punto 1 può essere necessario comunicare i Suoi dati personali oltre che a società del gruppo di appartenenza (soprattutto in considerazione dell'accentramento di alcune attività all'interno del gruppo quali, servizi informatici, controllo aziendale, spedizioni ecc.), anche ad altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria quali, a titolo esemplificativo: Magistratura, Forze dell'Ordine. Tali soggetti svolgono la funzione di responsabile esterno del trattamento oppure operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento.

Inoltre, per le finalità di cui al punto 1 Le precisiamo che, quali Responsabili o Incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei Suoi dati i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

I Suoi dati personali non sono soggetti a diffusione.

4. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy Lei potrà esercitare specifici diritti, tra cui quelli di ottenere da ciascuna delle Società la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi al trattamento stesso.

⁸ L'art. 4, comma 1, lett. d) del Codice definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose.

⁹ Il Medico curante ovvero l'Assicurato.

Titolare autonomi del trattamento dei Suoi dati personali sono:

- a) Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., con sede legale in Torino, Corso Inghilterra, 3 – c.a.p. 10138. Per ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice Privacy, Lei può rivolgersi ad Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., Privacy, Viale Stelvio 55-57 - c.a.p. 20159 Milano. Presso i medesimi uffici è disponibile l'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento dei dati personali, elenco che può essere richiesto anche scrivendo a privacy@intesasanpaolovita.it.

Con la sottoscrizione che segue, esprimo il libero consenso al trattamento dei miei dati personali anche sensibili, da parte di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., alla loro comunicazione ai soggetti ivi individuati e ai conseguenti trattamenti da questi ultimi effettuati, in ogni caso ai soli fini indicati al punto 1 dell'informativa stessa.

Cognome e nome degli Interessati

Firma degli Interessati

a) _____

a) _____

b) _____

b) _____

c) _____

c) _____

d) _____

d) _____

e) _____

e) _____

f) _____

f) _____

g) _____

g) _____

h) _____

h) _____

Luogo e data _____

Polizza Proteggimutuo Vita

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Sede Legale: Corso Inghilterra 3, 10138 Torino Sede Operativa: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano
Capitale Sociale Euro 320.422.508 Codice Fiscale, Partita IVA e N. Iscrizione Registro Imprese di Torino 02505650370 Società soggetta
all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al N. 1.00066
Capogruppo del Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al N. 28

Società del gruppo **INTESA**  **SANPAOLO**

Con decorrenza 30 Giugno 2015, a seguito del Provvedimento Ivass n.30 del 24 marzo 2015, che modifica il Regolamento Isvap n. 24 del 19 maggio 2008, il Fascicolo Informativo è da intendersi modificato in base alle seguenti indicazioni:

A) Nella nota informativa Intesa SanPaolo Vita, l'art. "Reclami" diventa:

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

Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.
Gestione Reclami e Qualità del Servizio
Viale Stelvio, 55/57 – 20159 Milano
fax +39 02.3051.8072
e-mail: ufficioreclami@intesaspaolovita.it

In caso di esito insoddisfacente del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni da parte della Compagnia, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, è possibile rivolgersi direttamente all'IVASS, Autorità di Vigilanza competente in materia, consultando il "fac-simile di reclamo all'IVASS" disponibile sul sito **www.ivass.it**, nella sezione **Guida ai reclami > Come presentare un reclamo**.

I reclami devono essere inviati, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia, a:

IVASS
Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
fax +39 06.42.133.745 oppure +39 06.42.133.353
oppure indirizzo e-mail ivass@pec.ivass.it

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm).

In ogni caso, il Cliente può ottenere informazioni sulla sua polizza contattando il Servizio Clienti al numero +39 02.30.412.412, appositamente istituito dalla Compagnia per fornire tutti i chiarimenti necessari.

Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Per tutto quanto non regolato espressamente dal presente contratto valgono le norme di legge della Repubblica italiana. In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, qualora insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della morte i beneficiari o gli aventi diritto hanno la facoltà di rivolgersi alla Compagnia per demandare la decisione della controversia a un Collegio di tre medici, secondo le modalità descritte all'art. 20 delle Condizioni di assicurazione a cui si rimanda per i dettagli.

Prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, gli aventi diritto devono avviare, con l'assistenza necessaria di un avvocato, un procedimento di Mediazione (disciplinato dal D. Lgs. del 4 marzo 2010 n. 28 e successive modifiche) che prevede di avvalersi di un Organismo di Mediazione al fine di far raggiungere alle parti un accordo.

Il tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della causa civile.

In tutti i casi le richieste possono essere inviate a:

- Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.,
Ufficio Affari Legali e Societari
Viale Stelvio 55/57
20159 Milano
- e-mail: intesaspaolovita@legalmail.it
- fax: +39 02.30.51.8173

B) Nella condizioni di assicurazione, l'art. 20 "Procedimento di mediazione, Foro Competente e controversie" si intende modificato in "Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente" ed il contenuto diventa:

Per tutto quanto non regolato espressamente dal presente contratto valgono le norme di legge della Repubblica italiana. Tutte le controversie relative al presente contratto devono essere preliminarmente sottoposte ad un tentativo di Mediazione secondo la procedura prevista dal D.Lgs. del 4 marzo 2010 n. 28 e successive modifiche da effettuare innanzi l'Organo di Mediazione costituito presso la Camera di Commercio, Industria e Artigianato del luogo di residenza o di domicilio principale del Cliente o dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal contratto.

La richiesta di Mediazione può essere inviata presso uno dei seguenti recapiti:

- **Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.**
Ufficio Affari Legali e Societari
Viale Stelvio, 55/57 – 20159 Milano
- **e-mail: intesasampaolovita@legalmail.it**
- **fax: +39 02.3051.8173**

Il tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della causa civile.

Se la Mediazione non ha successo, il foro competente esclusivo per le controversie relative al presente contratto è quello del luogo di residenza o di domicilio principale del Cliente o dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal contratto.

Qualora tra i Beneficiari e la Compagnia insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della morte dell'Assicurato, la decisione della controversia può essere demandata a un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto con indicazione dei termini della controversia.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte e il terzo, deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio o stesso. Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

La richiesta può essere inviata a:

- **Intesa Sanpaolo Vita - Ufficio Affari Legali e Societari Viale Stelvio 55/57 20159 Milano oppure all'indirizzo e-mail intesasampaolovita@legalmail.it ovvero al numero di fax 39+ 02.30.51.8173.**

Resta ferma ogni altra indicazione e condizione contenuta nel Fascicolo Informativo.