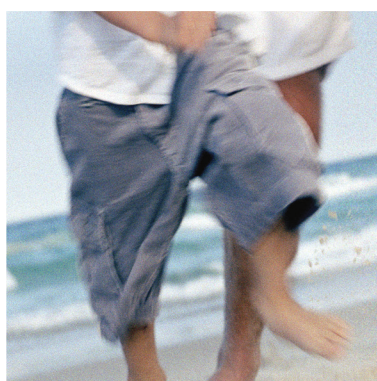
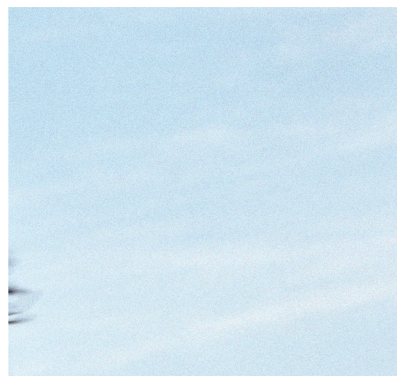
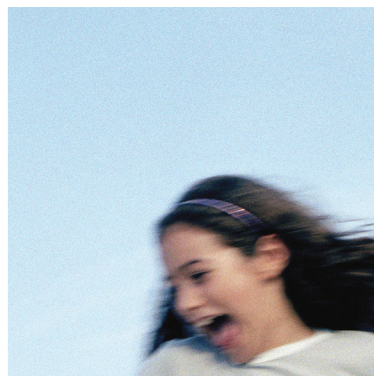
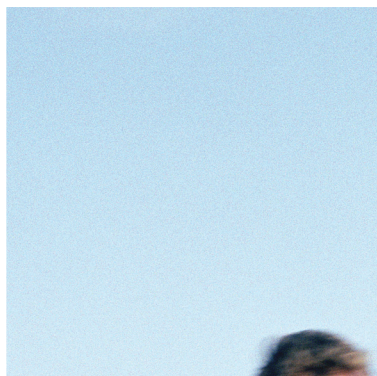


INDISPENSABILE

ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A PREMIO UNICO



TARIFFA 1051 CAPITALE COSTANTE
TARIFFA 1052 CAPITALE DECRESCENTE

Il presente Fascicolo Informativo - contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario e Modulo di Proposta - deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

ERGO
Previdenza

A member of the **ERGO** Insurance Group.

Indice

Gruppo ERGO	pag 2
Nota Informativa	pag 3
A. Informazioni sull'Impresa di assicurazione	
B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte	
C. Informazioni sui costi, sconti, regime fiscale	
D. Altre informazioni sul contratto	
Condizioni di Assicurazione	pag 11
Glossario	pag 17
Allegati	pag 23
EP 004 - Relazione del medico curante	
EP 009 - Privacy	
EP 015 - Coordinate bancarie	
Proposta di Assicurazione	pag 33

Gruppo ERGO

Solidità e affidabilità internazionale

ERGO è la holding tedesca che riunisce grandi Compagnie come Victoria, Hamburg - Mannheimer, DKV e DAS, creando un Gruppo integrato, sia in termini di prodotti sia di base Clienti.

ERGO occupa il secondo posto nel mercato assicurativo tedesco, con più di 17 milioni di Clienti.

Grazie a DKV e D.A.S., ERGO è leader europeo rispettivamente nel ramo Malattie e nel ramo Tutela Giudiziaria. Inoltre, insieme a Munich Re, ERGO è azionista di riferimento di MEAG, che ha un patrimonio amministrato di 147 miliardi di Euro (al 31/12/2004).

Il sistema di vendita ERGO a livello internazionale utilizza canali diversi: agenzie, bancassicurazione, promotori assicurativi e network marketing.

Il portafoglio investimenti di 100 miliardi di Euro (al 31/12/2005) e una raccolta premi a fine 2005 di 16 miliardi di Euro, ne fanno uno dei principali investitori istituzionali della Germania.

La holding opera in 22 Paesi, con un totale di 30 milioni di Clienti. In Italia è presente con ERGO Previdenza e ERGO Assicurazioni.

Con la quotazione in Borsa nel 1998, ERGO Previdenza fa il suo ingresso a Piazza Affari con l'attribuzione del rating A da parte di FITCH Ratings Ltd il 20 luglio 2005, e vede riconosciuta la propria affidabilità finanziaria.

Il core-business del Gruppo sono le polizze personali e le polizze per aziende piccole e medie.

Nota Informativa

Nota Informativa

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

La presente Nota Informativa si articola in quattro sezioni:

- A. Informazioni sull'Impresa di assicurazione
- B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte
- C. Informazioni sui costi, sconti e regime fiscale
- D. Altre informazioni sul contratto

A. Informazioni sull'Impresa di assicurazione

Art 1. Informazioni generali

ERGO Previdenza S.p.A., che ha Sede Legale e Direzione Generale in Italia, a Milano in via R. Pampuri 13, è una Società di assicurazioni sulla vita, quotata alla Borsa Italiana S.p.A., appartenente al gruppo assicurativo tedesco ERGO Versicherungsgruppe AG di Düsseldorf (Germania), holding a sua volta controllata da Munich Re. ERGO Previdenza S.p.A. è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 6/4/1992 (G.U. 10/4/1992 N. 85).

Altre informazioni relative alla Società: telefono 848.880.880, sito internet **www.ergoitalia.it**, e-mail comunicazioni@ergoitalia.it.

Il bilancio della Società è annualmente sottoposto a certificazione da parte di KPMG S.p.A., Via Vittor Pisani 25, 20124 Milano, società di revisione iscritta nell'Albo speciale tenuto dalla Consob ai sensi dell'Art. 161 del D. Lgs. 24 febbraio 1998, n. 58.

Art 2. Conflitto di interessi

La Società, in relazione al presente contratto, non opera in situazione di conflitto di interessi.

B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte

Art 3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata contrattuale è stabilita all'atto della stipula e deve essere pari ad un numero intero di anni compreso tra:

- 1 e 30 per la tariffa a capitale costante (Tar. 1051)
 - 2 e 30 per la tariffa a capitale decrescente (Tar. 1052)
- a scelta del Contraente, tenendo conto che l'età dell'Assicurato alla scadenza del contratto non può essere superiore a 75 anni.

All'atto della sottoscrizione della Proposta, il Contraente e l'Assicurato devono aver raggiunto la maggiore età.

Il presente contratto garantisce le prestazioni di seguito descritte:

Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale

Per la tariffa a capitale costante (Tar. 1051):

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Società garantisce ai Beneficiari designati il pagamento del capitale assicurato inizialmente pattuito.

Per la tariffa a capitale decrescente (Tar. 1052):

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Società garantisce ai Beneficiari designati il pagamento di un capitale pari al capitale assicurato iniziale diminuito di un importo pari al prodotto tra:

- il valore ottenuto dividendo il capitale assicurato iniziale per il numero di anni di durata contrattuale;
- il numero di anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza del contratto alla data del decesso dell'Assicurato.

Per entrambe le tariffe, qualora il contratto venga assunto senza visita medica, il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto e il Contraente abbia versato il premio dovuto, la Società corrisponderà, in luogo del capitale assicurato in vigore al momento del decesso, un importo pari all'ammontare del premio versato, al netto dei costi di cui al successivo Art. 7.1.1.

Tuttavia la Società non applicherà entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto l'importo da essa dovuto sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora la morte dell'Assicurato sia conse-

guenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, 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, vaccinazione generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto;
- di infortunio avvenuto dopo la conclusione del contratto, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto all'Art. 4 punto A) delle Condizioni di Assicurazione) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Qualora il contratto venga assunto senza visita medica, il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato in vigore al momento del decesso non sarà pagato. In suo luogo sarà corrisposto un importo pari all'ammontare del premio versato al netto dei costi di cui al successivo Art. 7.1.1.

Qualora l'Assicurato, pur avendo prodotto il documento di visita medica necessario all'esclusione del periodo di carenza di cui sopra, non abbia aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sette anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato in vigore al momento del decesso non sarà corrisposto. In suo luogo sarà corrisposto un importo pari all'ammontare del premio versato al netto dei costi di cui al successivo Art. 7.1.1.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi due anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto a suicidio, la Società corrisponderà, in luogo del capitale assicurato in vigore al momento del decesso, un importo pari all'ammontare del premio versato al netto dei costi di cui al suc-

cessivo Art. 7.1.1.

Si ricorda al Contraente la necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute in Proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.

Si precisa che il premio, al netto dei costi, versato dal Contraente viene interamente utilizzato dalla Società per far fronte al rischio demografico previsto dal contratto (rischio di mortalità). Di conseguenza, in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto, questo si intenderà estinto ed il premio versato resterà acquisito dalla Società.

Art 4. Premio

Le prestazioni assicurate di cui al precedente Art. 3 si acquisiscono previo versamento di un premio unico, il cui ammontare, stabilito al momento della sottoscrizione della Proposta di assicurazione, è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età e al sesso dell'Assicurato, allo stato di salute, alle attività professionali ed agli hobby svolti dallo stesso.

L'importo di premio minimo previsto per il presente contratto è pari a € 500,00.

Il premio potrà essere versato mediante assegno bancario non trasferibile intestato a ERGO Previdenza S.p.A. presso la sede dell'Agenzia oppure mediante bonifico bancario irrevocabile con valuta fissa per il Beneficiario uguale alla data di decorrenza della polizza sul C/C intestato a ERGO Previdenza S.p.A. presso la filiale di UniCredit Banca d'Impresa di Nogarole Rocca (VR), sulle coordinate IBAN IT 46 C 03226 59620 000030029124, indicando nella causale il numero di proposta, cognome e nome del Contraente. Si riportano di seguito le Tabelle Illustrative del premio relativo al presente contratto.

Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale - Importi di premio unico

Gli importi indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti ad esempio alla professione, agli hobby ed allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Società solo dopo che l'Assicurando abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario sanitario (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica).

A) Capitale Costante (Tar. 1051)

(valori in Euro)

Capitale assicurato: € 50.000,00 Sesso: Maschio						
Età	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
30	(*)	550,00	881,50	1.334,00	1.978,00	2.904,00
35	(*)	718,00	1.232,50	1.964,50	3.017,00	4.461,50
40	(*)	1.050,00	1.883,00	3.081,00	4.725,00	6.954,50
45	704,00	1.654,00	3.020,50	4.896,00	7.439,00	10.811,00
50	1.125,50	2.691,00	4.840,50	7.755,00	11.619,50	-

Capitale assicurato: € 50.000,00 Sesso: Femmina						
Età	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
30	(*)	(*)	(*)	712,50	1.076,00	1.576,50
35	(*)	(*)	689,50	1.101,50	1.669,00	2.384,00
40	(*)	605,00	1.072,50	1.716,50	2.528,00	3.678,50
45	(*)	947,00	1.679,00	2.601,50	3.909,00	5.783,50
50	641,50	1.476,00	2.527,00	4.017,50	6.154,00	-

Capitale assicurato: € 100.000,00 Sesso: Maschio						
Età	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
30	538,00	1.075,00	1.738,00	2.643,00	3.931,00	5.783,00
35	658,00	1.411,00	2.440,00	3.904,00	6.009,00	8.898,00
40	905,00	2.075,00	3.741,00	6.137,00	9.425,00	13.884,00
45	1.383,00	3.283,00	6.016,00	9.767,00	14.853,00	21.597,00
50	2.226,00	5.357,00	9.656,00	15.485,00	23.214,00	-

Capitale assicurato: € 100.000,00 Sesso: Femmina						
Età	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
30	(*)	515,00	880,00	1.400,00	2.127,00	3.128,00
35	(*)	765,00	1.354,00	2.178,00	3.313,00	4.743,00
40	517,00	1.185,00	2.120,00	3.408,00	5.031,00	7.332,00
45	807,00	1.869,00	3.333,00	5.178,00	7.793,00	11.542,00
50	1.258,00	2.927,00	5.029,00	8.010,00	12.283,00	-

Capitale assicurato: € 200.000,00 Sesso: Maschio						
Età	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
30	1.051,00	2.125,00	3.451,00	5.261,00	7.837,00	11.541,00
35	1.291,00	2.797,00	4.855,00	7.783,00	11.993,0	17.771,00
40	1.785,00	4.125,00	7.457,00	12.249,00	18.825,00	27.743,00
45	2.741,00	6.541,00	12.007,00	19.509,00	29.681,00	43.169,00
50	4.427,00	10.689,00	19.287,00	30.945,00	46.403,00	-

Capitale assicurato: € 200.000,00 Sesso: Femmina						
Età	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
30	(*)	1.005,00	1.735,00	2.775,00	4.229,00	6.231,00
35	677,00	1.505,00	2.683,00	4.331,00	6.601,00	9.461,00
40	1.009,00	2.345,00	4.215,00	6.791,00	10.037,00	14.639,00
45	1.589,00	3.713,00	6.641,00	10.331,00	15.561,00	23.059,00
50	2.491,00	5.829,00	10.033,00	15.995,00	24.541,00	-

(*) L'importo di premio risulta inferiore all'importo minimo previsto contrattualmente (€ 500,00).

B) Capitale Decrescente (Tar. 1052)

(valori in Euro)

Capitale iniziale assicurato: € 50.000,00 Sesso: Maschio						
Età	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
30	(*)	(*)	(*)	626,50	841,00	1.118,00
35	(*)	(*)	596,50	859,50	1.199,50	1.642,50
40	(*)	542,50	870,00	1.292,50	1.841,00	2.535,50
45	(*)	832,00	1.364,00	2.050,00	2.912,00	3.993,50
50	656,50	1.334,00	2.202,00	3.280,50	4.625,00	-

Capitale iniziale assicurato: € 50.000,00 Sesso: Femmina						
Età	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
30	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	595,00
35	(*)	(*)	(*)	(*)	669,50	905,50
40	(*)	(*)	501,50	737,50	1.027,50	1.387,50
45	(*)	(*)	781,00	1.139,50	1.581,50	2.147,00
50	(*)	752,50	1.197,50	1.743,00	2.441,00	-

Capitale iniziale assicurato: € 100.000,00 Sesso: Maschio						
Età	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
30	(*)	597,00	884,00	1.228,00	1.657,00	2.211,00
35	(*)	751,00	1.168,00	1.694,00	2.374,00	3.260,00
40	543,00	1.060,00	1.715,00	2.560,00	3.657,00	5.046,00
45	814,00	1.639,00	2.703,00	4.075,00	5.799,00	7.962,00
50	1.288,00	2.643,00	4.379,00	6.536,00	9.225,00	-

Capitale iniziale assicurato: € 100.000,00 Sesso: Femmina						
Età	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
30	(*)	(*)	(*)	617,00	856,00	1.165,00
35	(*)	(*)	638,00	934,00	1.314,00	1.786,00
40	(*)	609,00	978,00	1.450,00	2.030,00	2.750,00
45	(*)	947,00	1.537,00	2.254,00	3.138,00	4.269,00
50	737,00	1.480,00	2.370,00	3.461,00	4.857,00	-

Capitale iniziale assicurato: € 200.000,00 Sesso: Maschio						
Età	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
30	653,00	1.169,00	1.743,00	2.431,00	3.289,00	4.397,00
35	789,00	1.477,00	2.311,00	3.363,00	4.723,00	6.495,00
40	1.061,00	2.095,00	3.405,00	5.095,00	7.289,00	10.067,00
45	1.603,00	3.253,00	5.381,00	8.125,00	11.573,00	15.899,00
50	2.551,00	5.261,00	8.733,00	13.047,00	18.425,00	-

Capitale iniziale assicurato: € 200.000,00 Sesso: Femmina						
Età	Durata (anni)					
	5	10	15	20	25	30
30	(*)	541,00	835,00	1.209,00	1.687,00	2.305,00
35	(*)	787,00	1.251,00	1.843,00	2.603,00	3.547,00
40	609,00	1.193,00	1.931,00	2.875,00	4.035,00	5.475,00
45	941,00	1.869,00	3.049,00	4.483,00	6.251,00	8.513,00
50	1.449,00	2.935,00	4.715,00	6.897,00	9.689,00	-

(*) L'importo di premio risulta inferiore all'importo minimo previsto contrattualmente (€ 500,00).

Art 5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Il presente contratto non prevede partecipazioni ad utili.

Art 6. Opzioni di contratto

Il presente contratto non prevede alcuna opzione.

C. Informazioni sui costi, sconti, regime fiscale

Art 7. Costi

Art 7.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

7.1.1 Costi gravanti sul premio

Sul premio viene detratto:

costo fisso di emissione	€ 25,00
---------------------------------	----------------

Ed un caricamento in percentuale del premio al netto del costo fisso di cui sopra:

costo percentuale	10,50%
--------------------------	---------------

7.1.2 Costi gravanti sul capitale

Inoltre, sul capitale assicurato iniziale grava un costo percentuale pari al:

costo percentuale sul capitale	0,2‰
---------------------------------------	-------------

7.1.3 Costi per riscatto

Il presente contratto non prevede la facoltà di riscatto da parte del Contraente.

Art 7.2 Costi applicati mediante prelievo sul rendimento della gestione

Il presente contratto non è direttamente collegato ad una specifica gestione.

Art 8. Misure e modalità di eventuali sconti

In relazione al presente contratto non sono previsti sconti.

Art 9. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi dei contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità fiscale dei premi

Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente non inferiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, a condizione che l'Assicurato sia lo stesso Contraente o persona fiscalmente a suo carico, i premi danno diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato dal Contraente ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Se solo una componente del premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente, che viene appositamente indicata dalla Società.

L'importo annuo complessivo sul quale calcolare la detrazione non può superare € 1.291,14. Concorrono alla formazione di tale importo anche i premi delle assicurazioni vita o infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione di imposta.

Tassazione delle prestazioni erogate

Le somme corrisposte in caso di morte o di invalidità permanente, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, anche se erogate in forma di rendita, sono esenti dall'IRPEF.

D. Altre informazioni sul contratto

Art 10. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto è concluso dal momento in cui il Contraente ha ricevuto il documento originale di polizza o l'accettazione scritta della Società e produce i propri effetti dalla data di decorrenza pattuita e indicata in polizza, sempre che sia stato effettuato il versamento del premio.

Art 11. Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede valore di riscatto né di riduzione.

Art 12. Revoca della Proposta

Il Contraente ha la facoltà di revocare la Proposta fino a quando il contratto non è concluso, mediante comunicazione scritta con lettera raccomandata A.R. indirizzata a: **ERGO Previdenza S.p.A. - Ufficio Assunzione - Via R. Pampuri 13 - 20141 Milano.**

In tal caso, la Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca della Proposta, rimborserà al Contraente il premio da questi corrisposto, senza trattenuta alcuna, mediante bonifico bancario sulle coordinate IBAN che il Contraente stesso dovrà indicare all'atto di comunicazione della revoca.

Art 13. Diritto di recesso

Il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso, mediante comunicazione scritta con lettera raccomandata A.R. indirizzata a: **ERGO Previdenza S.p.A. - Ufficio Assunzione - Via R. Pampuri 13 - 20141 Milano**, allegando alla comunicazione di recesso l'originale di polizza e le eventuali appendici, qualora ne sia già in possesso, oltre all'indicazione delle proprie coordinate bancarie IBAN.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente, mediante bonifico bancario, il premio da questi corrisposto al netto delle spese fisse di emissione del contratto di cui all'Art. 7.1.1.

Art 14. Documentazione da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle prestazioni

Per la liquidazione di tutte le prestazioni dovrà essere preventivamente consegnata alla Società la documentazione indicata all'Art. 15 delle Condizioni di Assicurazione.

La Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario in relazione a specifiche esigenze di istruttoria o in conformità a nuove disposizioni di legge.

La Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa, da inviarsi mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata a: **ERGO Previdenza S.p.A. - Ufficio Gestione Tecnica Portafoglio Vita - Via R. Pampuri 13 - 20141 Milano.**

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di un anno che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere.

Art 15. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Art 16. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto e ogni documento ad esso allegato sono redatti in lingua italiana.

Art 17. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: **ERGO Previdenza S.p.A - Ufficio Reclami ERGO Previdenza - Via R. Pampuri 13 - 20141 Milano - fax 02/57308581 - e-mail reclami_ergoprev@ergoitalia.it.**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza

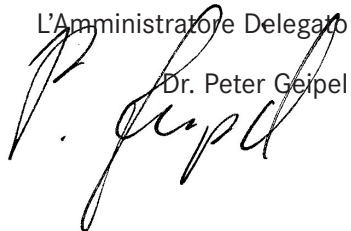
esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Art 18. Informativa in corso di contratto

La Società comunicherà tempestivamente al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

Per la sola tariffa a capitale decrescente (Tar. 1052), inoltre, alla ricorrenza annuale del contratto, la Società invierà al Contraente un estratto conto annuale nel quale comunicherà il nuovo capitale assicurato, determinato in base a quanto indicato al precedente Art. 3.

ERGO Previdenza S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale
L'Amministratore Delegato

Dr. Peter Geipel

Condizioni di Assicurazione

Condizioni di Assicurazione

Art. 1 - Oggetto

La Società, a fronte del versamento del premio unico, prevede la corresponsione ai Beneficiari designati o agli aventi diritto del capitale assicurato nel caso avvenga il decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, secondo quanto previsto all'Art. 10.

Art. 2 - Conclusione del contratto e decorrenza degli effetti

Il contratto è concluso dal momento in cui il Contraente ha ricevuto il documento originale di polizza o l'accettazione scritta della Società e produce i propri effetti dalla data di decorrenza pattuita e indicata in polizza, sempre che sia stato effettuato il versamento del premio.

Art. 3 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. *In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società stessa si riserva:*

- *di contestare la validità del contratto, ai sensi dell'Art. 1892 del Codice Civile, quando esiste malafede o colpa grave;*
- *di recedere dal contratto o, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre l'importo da pagare, ai sensi dell'Art. 1893 del Codice Civile, quando non esiste malafede o colpa grave.*

L'inesatta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.

Art. 4 - Rischio di morte

A) Esclusioni

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- *dolo del Contraente o del Beneficiario;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;*
- *partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra,*

salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;

- *incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;*
- *suicidio, se avviene nei primi due anni dalla conclusione del contratto;*
- *abuso di alcool e/o uso di sostanze stupefacenti;*
- *volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;*
- *pratica di sport pericolosi (ad esempio: paracadutismo, deltaplano, parapendio o altri sport aerei in genere, immersioni subacquee con o senza autorespiratore, alpinismo nelle sue varie forme, gare automobilistiche, regate veliche, speleologia, sport estremi nelle varie forme, ecc.) salvo che siano stati dichiarati all'atto della sottoscrizione della Proposta o comunicati successivamente alla Società a mezzo raccomandata A.R., in data antecedente all'evento, e che la Società stessa abbia comunicato per iscritto le condizioni per l'accettazione del rischio o le eventuali limitazioni.*

In caso di decesso a seguito di una delle esclusioni sopra descritte, la Società corrisponderà un importo pari all'ammontare del premio versato al netto dei costi di cui al successivo Art.11.

B) Emissione della polizza

L'emissione della polizza - e conseguentemente la conclusione del contratto, di cui al precedente Art. 2 - è subordinata ad una valutazione della Proposta e dei rischi in essa descritti. La valutazione viene effettuata richiedendo documentazione diversa in base all'importo del capitale da assicurare e all'età dell'Assicurando, come specificato nella seguente tabella:

	Documentazione richiesta
Capitale da assicurare(*) fino a € 180.000,00 ed età dell'Assicurando inferiore o uguale a 65 anni	- Autocertificazione sul proprio stato di salute ed abitudini di vita, redatta tramite compilazione del questionario riportato in Proposta (Dichiarazioni dell'Assicurando). - Inoltre, qualora l'Assicurato richieda la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza: - rapporto di visita medica (redatto sul Modello EP001). - Esame completo delle urine eseguito in laboratorio. - ECG e visita cardiologica se l'età è maggiore o uguale a 45 anni. - Test HIV(**).
Capitale da assicurare(*) fino a € 180.000,00 ed età dell'Assicurando superiore a 65 anni oppure Capitale da assicurare(*) oltre € 180.000,00 e fino a € 300.000,00	- Autocertificazione sul proprio stato di salute ed abitudini di vita, redatta tramite compilazione del questionario riportato in Proposta (Dichiarazioni dell'Assicurando). - Rapporto di visita medica (redatto sul Modello EP001). - Esame completo delle urine eseguito in laboratorio. - ECG e visita cardiologica se l'età è maggiore o uguale a 45 anni. - Test HIV(**).
Capitale da assicurare(*) oltre € 300.000,00 e fino a € 500.000,00	- Autocertificazione sul proprio stato di salute ed abitudini di vita, redatta tramite compilazione del questionario riportato in Proposta (Dichiarazioni dell'Assicurando). - Rapporto di visita medica (redatto sul Modello EP001). - Esame completo delle urine eseguito in laboratorio. - ECG a riposo e sotto sforzo. - Esami del sangue: emocromo completo, glicemia, creatininemia, assetto lipidico completo (colesterolemia, HDL, LDL, trigliceridemia), transaminasi (Gamma GT, GPT, GOT), PT, PTT. - Markers epatite. - PSA. - Test HIV(**).
Capitale da assicurare(*) oltre € 500.000,00	- Autocertificazione sul proprio stato di salute ed abitudini di vita, redatta tramite compilazione del questionario riportato in Proposta (Dichiarazioni dell'Assicurando). - Rapporto di visita medica (redatto sul Modello EP001). - esame completo delle urine eseguito in laboratorio. - ECG a riposo e sotto sforzo. - Esami del sangue: emocromo completo, glicemia, creatininemia, assetto lipidico completo (colesterolemia, HDL, LDL, trigliceridemia), transaminasi (Gamma GT, GPT, GOT), PT, PTT. - Test HIV(**). - Markers epatite. - PSA. - Questionario finanziario.

(*) anche derivante da una pluralità di rapporti assicurativi gestiti dalla Società

(**) necessario quando si richieda la copertura assicurativa immediata in caso di decesso per AIDS e sindromi collegate

La Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari qualora ritenuti necessari sulla base della documentazione fornita.

C) Condizioni di carenza per assicurazioni senza visita medica

Qualora il contratto venga assunto senza visita medica ed il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto e il Contraente abbia versato il premio dovuto, la Società corrisponderà, in luogo del capitale assicurato in vigore al momento del decesso, un importo pari all'ammontare del premio versato, al netto dei costi di cui al successivo Art. 11.

Tuttavia la Società non applicherà entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto l'importo da essa dovuto sarà pari all'intero capitale assicurato in vigore al momento del decesso, qualora la morte dell'Assicurato sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, 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, vaccinazione generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto;
- di infortunio avvenuto dopo la conclusione del contratto, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto al precedente punto (A) Esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato in vigore al momento del decesso non sarà pagato. In suo luogo sarà corrisposto un importo pari all'ammontare del premio versato al netto dei costi di cui al successivo Art. 11.

D) Delimitazione del rischio per assicurazioni con visita medica in assenza del test HIV

Qualora l'Assicurato non abbia aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accerta-

mento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sette anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato in vigore al momento del decesso non sarà corrisposto. In suo luogo sarà corrisposto un importo pari all'ammontare del premio versato al netto dei costi di cui al successivo Art. 11.

Art. 5 - Revoca della Proposta

Il Contraente ha la facoltà di revocare la Proposta fino a quando il contratto non è concluso, mediante comunicazione scritta con lettera raccomandata A.R. indirizzata a: **ERGO Previdenza S.p.A. - Ufficio Assunzione - Via R. Pampuri 13 - 20141 Milano.**

In tal caso, la Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca della Proposta, rimborserà al Contraente il premio da questi corrisposto, senza trattenuta alcuna, mediante bonifico bancario sulle coordinate IBAN che il Contraente stesso dovrà indicare all'atto di comunicazione della revoca.

Art. 6 - Recesso dal contratto

*Il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso, mediante comunicazione scritta con lettera raccomandata A.R. indirizzata a: **ERGO Previdenza S.p.A. - Ufficio Assunzione - Via R. Pampuri 13 - 20141 Milano**, allegando alla comunicazione di recesso l'originale di polizza e le eventuali appendici, qualora ne sia già in possesso, oltre all'indicazione delle proprie coordinate bancarie IBAN.*

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborserà al Contraente, mediante bonifico bancario, il premio da questi corrisposto, al netto delle spese fisse di emissione del contratto, quantificate in € 25,00.

La comunicazione del recesso libera le parti da qualunque obbligo derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata di cui sopra.

Art. 7 - Premio - Modalità di versamento del premio

A fronte delle garanzie previste dal contratto è dovuto un premio unico, di importo minimo pari a € 500,00.

Il premio potrà essere versato mediante assegno bancario

non trasferibile intestato a ERGO Previdenza S.p.A. presso la sede dell'Agenzia oppure mediante bonifico bancario irrevocabile con valuta fissa per il Beneficiario uguale alla data di decorrenza della polizza sul C/C intestato a ERGO Previdenza S.p.A. presso la filiale di UniCredit Banca d'Impresa di Nogarole Rocca (VR), sulle coordinate IBAN IT 46 C 03226 59620 000030029124, indicando nella causale il numero di Proposta, cognome e nome del Contraente.

Art. 8 - Durata

La durata contrattuale è stabilita all'atto della stipula e deve essere pari ad un numero intero di anni compreso tra:

- 1 e 30 per la tariffa a capitale costante (Tar. 1051)
 - 2 e 30 per la tariffa a capitale decrescente (Tar. 1052)
- a scelta del Contraente.

Art. 9 - Requisiti soggettivi

All'atto della sottoscrizione della Proposta, il Contraente e l'Assicurato devono aver raggiunto la maggiore età. L'età dell'Assicurato alla scadenza del contratto non può essere superiore a 75 anni.

Art. 10 - Prestazione assicurata

Per la tariffa a capitale costante (Tar. 1051):

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Società garantisce ai Beneficiari designati il pagamento del capitale assicurato, indicato dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto.

Tale capitale è determinato in funzione del premio iniziale pattuito, della durata contrattuale prescelta, dell'età, del sesso e delle situazioni soggettive relative allo stato di salute ed alle abitudini di vita (ad es. sport, hobby, professione ecc.) dell'Assicurato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto, questo si intenderà estinto ed il premio versato resterà acquisito dalla Società.

Per la tariffa a capitale decrescente (Tar. 1052):

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Società garantisce ai Beneficiari designati il pagamento di un capitale pari al capitale assicurato iniziale diminuito di un importo pari al prodotto tra:

- il valore ottenuto dividendo il capitale assicurato iniziale per il numero di anni di durata contrattuale;

- il numero di anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza del contratto alla data del decesso dell'Assicurato.

Tale capitale è determinato in funzione del premio iniziale pattuito, della durata contrattuale prescelta, dell'età, del sesso e delle situazioni soggettive relative allo stato di salute ed alle abitudini di vita (ad es. sport, hobby, professione ecc.) dell'Assicurato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto, questo si intenderà estinto ed il premio versato resterà acquisito dalla Società.

Art. 11 - Spese del contratto

Sul premio unico gravano spese per l'emissione del contratto pari a una cifra fissa di € 25,00 ed un caricamento in percentuale del 10,50%, al netto del costo fisso di cui sopra.

Inoltre, sul capitale assicurato iniziale grava un costo percentuale pari allo 0,2%.

Art. 12 - Prestiti

In relazione al presente contratto non sono concedibili prestiti.

Art. 13 - Cessione - Pegno - Vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice. Nel caso di pegno o vincolo, eventuali liquidazioni necessiteranno l'assenso scritto del titolare del pegno o vincolo.

Art. 14 - Beneficiari

Il Contraente, all'atto della sottoscrizione della Proposta, designa i Beneficiari della prestazione e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione mediante comunicazione scritta alla Società o per testamento. La designazione non può essere revocata o modificata dopo che:

1. il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
2. si sia verificata la morte del Contraente;
3. verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Nei primi due casi le operazioni di recesso, pegno o vincolo richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

Art. 15 - Liquidazione delle somme assicurate

Per la liquidazione di tutte le prestazioni dovranno essere preventivamente consegnati alla Società i seguenti documenti:

- *richiesta sottoscritta da ciascun Beneficiario;*
- *consenso all'utilizzo dei dati personali rilasciato da ciascun Beneficiario* (D. Lgs. 196/2003) compilando l'allegato modello EP 009;
- *originale di polizza ed eventuali appendici;*
- *fotocopia fronte/retro di documento di riconoscimento valido e fotocopia codice fiscale di ogni Beneficiario;*
- *coordinate bancarie IBAN* (sigla paese, CIN Europa, CIN Italia, ABI, CAB, numero c/c) di ogni Beneficiario per le operazioni di accredito, compilando l'allegato modello EP 015;
- *certificato di morte dell'Assicurato* sul quale sia indicata anche la data di nascita;
- *atto notorio in copia autentica oppure Dichiarazione sostitutiva*, rilasciata ai sensi della Legge n. 15 del 04/01/1968 e successive modifiche, dalla quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento e nella quale siano indicati gli eredi legittimi; oppure copia autentica del testamento, se esistente, con atto di notorietà attestante che il testamento è l'ultimo fatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni;
- *decreto del Giudice Tutelare* che autorizzi l'Esercente la potestà parentale o il Tutore a riscuotere la prestazione in caso di Beneficiario minorenne o incapace, indicando anche le modalità di reimpiego di tale importo ed esonerando la Società da ogni responsabilità al riguardo.

Se il decesso è conseguente a malattia, dovranno inoltre essere consegnati alla Società i seguenti documenti:

- *relazione del medico curante da redigersi sull'allegato modello EP 004;*
- *copia autenticata della cartella clinica relativa al primo ricovero* in occasione del quale venne posta diagnosi della malattia che ha condotto al decesso dell'Assicurato;
- *copia autenticata della cartella clinica dell'ultimo ricovero;*
- *lettere di dimissioni relative ad altri eventuali ricoveri;*
- *copia del referto autoptico.*

Se il decesso è avvenuto per infortunio od incidente stradale, dovranno inoltre essere consegnati alla Società i seguenti documenti:

- *copia del referto autoptico e dell'esame alcoolimetrico* (in caso di mancata disposizione da parte dell'Autorità competente allegare documento attestante la mancata esecuzione);
- *verbale dell'Autorità giudiziaria che ha rilevato la dinamica del sinistro* nonché estratto del registro degli atti penali recante l'indicazione dell'ipotesi di reato per la quale sia stato richiesto il rinvio a giudizio di persona coinvolta nel sinistro;
- qualora la Società lo ritenga necessario, *decreto di archiviazione.*

La Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario in relazione a specifiche esigenze di istruttoria o in conformità a nuove disposizioni di legge.

La Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa, da inviarsi mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata a: **ERGO Previdenza S.p.A. - Ufficio Gestione Tecnica Portafoglio Vita - Via R. Pampuri 13 - 20141 Milano.**

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari.

Per la liquidazione di ogni importo assicurato dovuto la Società utilizza come unica modalità di pagamento il bonifico bancario.

Art. 16 - Tasse ed imposte

Eventuali tasse ed imposte relative al contratto sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

Art. 17 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, del Beneficiario o degli aventi diritto.

Art. 18 - Prescrizione

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di un anno che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere.

Art. 19 - Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Glossario

Glossario

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice

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

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo la società non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti

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

Cessione, pegno e vincolo

Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Compagnia

Vedi "società".

Conclusione del contratto

Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione del-

l'accettazione della Proposta da parte della società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il contratto sottoscritto dalla società.

Condizioni di assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della società può collidere con quello del Contraente.

Contraente

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'assicurato o il beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento del premio alla società.

Contratto (di assicurazione sulla vita)

Contratto con il quale la società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'assicurato.

Costi (o spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sul premio versato alla società.

Decorrenza della garanzia

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

Detraibilità fiscale (del premio versato)

Misura del premio versato che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.

Dichiarazioni precontrattuali

Informazioni fornite dal Contraente e dall'assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente o l'assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente o dell'assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

Diritto proprio (del beneficiario)

Diritto del beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Estensione territoriale

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

Estratto conto annuale

Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata e il premio versato.

Età assicurativa

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

Fascicolo informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- Nota Informativa;
- Condizioni di Assicurazione;
- glossario;
- modulo di Proposta.

Garanzia principale

Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la società si impegna a pagare la prestazione assicurata al beneficiario.

Impignorabilità e inesquestrabilità

Principio secondo cui le somme dovute dalla società al Contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Impresa di assicurazione

Vedi "società".

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intermediario

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o Proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

ISVAP

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

Liquidazione

Pagamento al beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Nota informativa

Documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la società deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Opzione

Clausola del contratto di assicurazione secondo cui il Contraente può scegliere che la prestazione liquidabile a scadenza sia corrisposta in una modalità diversa da quella originariamente prevista.

Pegno

Vedi "cessione".

Periodo di copertura (o di efficacia)

Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

Polizza

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Polizza caso morte (o in caso di decesso)

Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la società si impegna al pagamento della prestazione assicurata al

beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'assicurato. Può essere temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'assicurato avvenga nel corso della durata del contratto, o a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'assicurato.

Polizza di puro rischio

Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

Premio di tariffa

Somma del premio puro e dei caricamenti.

Premio puro

Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla società con il contratto di assicurazione. È la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.

Premio unico

Importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica alla società al momento della conclusione del contratto.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di un anno.

Prestazione assicurata

Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la società garantisce al beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Principio di adeguatezza

Principio in base al quale la società è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

Proposta

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario sanitario (o anamnestico)

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato che la società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Recesso (o ripensamento)

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

Revoca

Diritto del proponente di revocare la Proposta prima della conclusione del contratto.

Ricorrenza annuale

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

Riscatto

Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni contrattuali.

Rischio demografico

Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'assicurato che si ricollega l'impegno della società di erogare la prestazione assicurata.

Riserva matematica

Importo che deve essere accantonato dalla società per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sconto di premio

Operazione descritta nella Nota Informativa attraverso la quale la società riconosce al Contraente una riduzione del premio di tariffa applicato, e quindi di fatto una maggiorazione delle prestazioni assicurate, in dipendenza di determinate condizioni quali il pagamento di un premio eccedente una certa soglia prefissata dalla società stessa.

Sinistro

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'assicurato.

Società (di assicurazione)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Società di revisione

Società diversa dalla società di assicurazione, prescelta nell'ambito di un apposito albo cui tali società possono essere iscritte soltanto se godono di determinati requisiti, che controlla e certifica i risultati della gestione separata.

Sostituto d'imposta

Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

Sovrappremio

Maggiorazione di premio richiesta dalla società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

Tasso di premio

Importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione.

Tasso tecnico

Rendimento finanziario, annuo e composto, che la società

di assicurazione riconosce nel calcolare le prestazioni assicurate iniziali.

Trasformazione

Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la società, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.

Valuta di denominazione

Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

Vincolo

Vedi "cessione".

Allegati

Assicurato

Cod. fiscale

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

circa la malattia che ha causato il decesso dell'Assicurato

- Cognome e nome dell'Assicurato defunto
- Data di nascita Professione
- Stato civile Data della morte Luogo del decesso Domicilio ☐ Ospedale o casa di cura ☐ altro ☐
- Quale malattia ha causato il decesso dell'Assicurato? È stata disposta autopsia ☐ SI ☐ NO ☐
Tale malattia è da ritenersi complicanza di altra patologia? Se sì quale?
- Quando ha iniziato a curarlo per detta malattia?
- Quali sintomi presentava il malato?
- In base ai sintomi osservati ed ai dati anamnestici, a quale data doveva, presumibilmente, riportarsi l'insorgere della malattia?
- Esistevano condizioni patologiche preesistenti all'ultima malattia? Quali? A che data risalivano?
- Esiste un nesso causale diretto o indiretto fra la malattia che ha provocato la morte e le precedenti condizioni patologiche del soggetto?
O queste ultime ne hanno solamente aggravato il decorso?
- Lei ritiene che avrebbero potuto, da sole, provocare la morte?
- La malattia che ha causato il decesso ha necessitato di precedenti ricoveri in ospedale o in clinica? SI ☐ NO ☐
- La diagnosi dell'ultima malattia fu confermata da altri medici?
(indicare nome, cognome, residenza, epoca in cui furono consultati)
- La diagnosi clinica dell'ultima malattia è stata convalidata da accertamenti radiografici ed operatori?
Dove?
Quando?
- Lei era il medico abituale dell'Assicurato?
Diversamente, quale medico lo curava precedentemente?
Quali erano i medici della famiglia?
- A suo giudizio, l'Assicurato conosceva la natura della malattia che ne ha causato il decesso?
O quanto meno, ritiene presumibile che la conoscesse e perché?
- Ha mai curato l'Assicurato per patologie che necessitavano l'assunzione di farmaci?
Se sì, quali e da quando?
- Quali altre notizie ed informazioni può aggiungere?

Luogo Data

IL MEDICO CURANTE

(timbro e firma)

(domicilio)

Capitale Sociale € 90.000.000 interamente versato. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 6/4/1992 (G.U. 10/4/1992 N°85) N° di iscrizione al Registro Imprese di Milano e Codice Fiscale 03735041000 - Partita IVA N° 10637370155. Società soggetta a direzione e coordinamento di ERGO Versicherungsgruppe AG.

Il presente modello è realizzato in conformità a quanto previsto dalla circolare ISVAP 403/d del 16.03.2000

Polizza N. _____ Contraente _____

C.F. _____

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003 (di seguito denominato Codice sulla Privacy), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi delle Società del Gruppo, con finalità di marketing operativo e strategico, di informativa commerciale ed a scopi di statistica e di ricerca scientifica.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati viene effettuato secondo le modalità previste dall'art. 11, comma 1 del Codice sulla Privacy:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art.4, comma 1, lett. a), del Codice sulla Privacy: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modifica, selezione, raffronto/interconnessione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese tutte le misure connesse all'accessibilità/confidenzialità, integrità e tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento (ex art. 30 del Codice sulla Privacy), nonché da società di servizi e/o terze, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento (ex art. 30 del Codice sulla Privacy).

Il trattamento che dovesse riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", avviene sulla base di quanto disposto dall'art. 26 del Codice sulla Privacy e si fonda sull'Autorizzazione n. 5 del 2004 al trattamento dei dati sensibili da parte di diverse categorie di titolari.

3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, ISVAP);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI CONFERIRE I DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) I dati personali possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1, lett. a) o per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione amministrativa dei contratti, la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni);
- b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché a pubbliche amministrazioni ai sensi di legge, nonché a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di imbustamento e smistamento di corrispondenza ed archiviazione, e del servizio di assistenza e/o informazione commerciale ai Clienti, effettuato anche tramite strutture esterne di call center.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione per finalità diverse da quelle indicate nella presente informativa.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, in conformità con quanto disposto dagli artt. 42 e 43 del Codice sulla Privacy.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice sulla Privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di 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.

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Titolare, ex art. 28 del Codice sulla Privacy, del trattamento è ERGO Previdenza S.p.A., nella persona del suo Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano - Italia. Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art.7 del Codice sulla Privacy, è la Direzione Commerciale Marketing con sede in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano - Italia - telefono n. 02.5744294 - fax n. 02.57442360, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri responsabili del trattamento, dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del titolare (responsabili ed incaricati).

Fatti in ogni caso salvi i diritti di cui all'art. 7 del Codice sulla Privacy, l'Interessato si impegna a consegnare una copia della presente informativa a tutti coloro i cui dati sono stati forniti in sede di sottoscrizione e che saranno oggetto di trattamento.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Preso atto dell'informativa di cui sopra e di tutto quanto stabilito dal Codice sulla Privacy:

ACCONSENSO/IAMO

- 1. al trattamento dei dati personali, identificativi e sensibili, che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
- 2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a), della medesima informativa o obbligatori per legge;
- 3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

☐ ACCONSENTO/IAMO

☐ **NON ACCONSENTO/IAMO** (Barrare con X la casella prescelta - In caso di mancata scelta da parte del Contraente il consenso NON si intenderà prestato.)

- 4. al trattamento dei dati personali comuni, che mi/ci riguardano per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;
- 5. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. b), della predetta informativa, per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;
- 6. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi (Paesi UE e Paesi extra UE).

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

Origine dei dati (indicare l'ipotesi ricorrente): ☐ dati forniti dall'interessato ☐ dati forniti da terzi

Luogo e data	Nome e Cognome (o denominazione) dell'interessato - Contraente	(leggibile)	Firma
Luogo e data	Nome e Cognome (o denominazione) dell'interessato - Assicurando	(leggibile)	Firma
Luogo e data	Nome e Cognome (o denominazione) dell'interessato - Beneficiario	(leggibile)	Firma
Luogo e data	Nome e Cognome (o denominazione) dell'interessato - Beneficiario	(leggibile)	Firma

MODALITA' DI PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

DATI BENEFICIARIO Polizza Numero _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia il / /
(indicare il Comune o lo Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

Residente in _____ Provincia C.A.P.
(indicare il Comune di residenza se Persona Fisica, in cui si trova la sede legale se Società) (sigla)

Indirizzo _____
(Via, Piazza, Corso, ecc.)

Codice fiscale o Partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo di documento: _____ Numero _____
(carta d'identità, patente, passaporto)

Rilasciato da _____ il _____

chiede che la liquidazione della polizza sopramenzionata avvenga con la seguente modalità:

☐ mediante bonifico sulle seguenti coordinate bancarie relative al c/c a lui/lei intestato:
(by bank transfer)

Banca _____ Agenzia n° _____
(bank) (indicare la denominazione sociale della Banca) (bank brunch)

Comune _____ Provincia (sigla) _____
(city) (indicare il Comune in cui ha sede la Banca) (code)

IBAN _____

BIC/SWIFT (se bonifico estero) _____

Data / / Firma del Beneficiario _____

☐ mediante bonifico sulle seguenti coordinate bancarie relative a persona diversa dal Beneficiario:
(by bank transfer)

Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ Provincia il / /
(indicare il Comune o lo Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

Residente in _____ Provincia C.A.P.
(indicare il Comune di residenza se Persona Fisica, in cui si trova la sede legale se Società) (sigla)

Indirizzo _____
(Via, Piazza, Corso, ecc.)

Codice fiscale o Partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo di documento: _____ Numero _____
(carta d'identità, patente, passaporto)

Rilasciato da _____ il _____

Banca _____ Agenzia n° _____
(bank) (indicare la denominazione sociale della Banca) (bank brunch)

Comune _____ Provincia (sigla) _____
(city) (indicare il Comune in cui ha sede la Banca) (code)

IBAN _____ BIC/SWIFT _____
(se bonifico estero)

Intestatario c/c _____

Data / / Firma del Percipiente _____

Prendo atto che i dati indicati nel presente modulo saranno utilizzati dalla Compagnia al fine di gestire la liquidazione richiesta

Data / / Firma del Beneficiario (per accettazione) _____

Indispensabile

tariffe 1051 e 1052

ERGO

Previdenza

A member of the **ERGO** Insurance Group.

N. PROPOSTA	AGENZIA (DENOMINAZIONE)	COD.AGENZIA	CODICE AGENTE

1 CONTRAENTE / ASSICURANDO									
TITOLO		COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE					CODICE FISCALE		
C.A.P.	LOCALITÀ	PROV.	VIA		NUMERO				
LUOGO DI NASCITA		PROV.	DATA DI NASCITA		ETÀ	SESSO	STATO CIVILE		
NUMERI TELEFONICI		PROFESSIONE					DIPENDENTE AUTONOMO		
NUMERO DOCUMENTO VALIDO		C.I.	PAT.	PASS.	RILASCIATO DA (COMUNE, PREFETTURA, QUESTURA) DI:			PROV.	IN DATA

2 LEGALE RAPPRESENTANTE DA COMPILARSI SOLO SE IL CONTRAENTE È PERSONA GIURIDICA									
TITOLO		COGNOME E NOME					CODICE FISCALE		
C.A.P.	LOCALITÀ	PROV.	VIA		NUMERO				
SESSO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA		PROV.					
NUMERO DOCUMENTO VALIDO	C.I.	PAT.	PASS.	RILASCIATO DA (COMUNE, PREFETTURA, QUESTURA) DI:			PROV.	IN DATA	

3 ASSICURANDO DA COMPILARSI SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE									
TITOLO		COGNOME E NOME					CODICE FISCALE		
C.A.P.	LOCALITÀ	PROV.	VIA		NUMERO				
LUOGO DI NASCITA	PROV.	DATA DI NASCITA	ETÀ	SESSO	STATO CIVILE				
NUMERI TELEFONICI	PROFESSIONE					DIPENDENTE AUTONOMO			

4 BENEFICIARI									
IN CASO DI MORTE:									

5 CARATTERISTICHE ASSICURATIVE									
DENOMINAZIONE TARIFFA	CODICE TARIFFA	DECORRENZA ORE 24 DEL		DURATA ANNI	SCADENZA ORE 24 DEL				
INDISPENSABILE	1051*								
DENOMINAZIONE TARIFFA	CODICE TARIFFA	DECORRENZA ORE 24 DEL		DURATA ANNI	SCADENZA ORE 24 DEL				
INDISPENSABILE	1052**								
*polizza temporanea in caso di morte a premio unico e capitale costante									
**polizza temporanea in caso di morte a premio unico e capitale decrescente									

6 PRESTAZIONI ASSICURATE E PREMIO									
CAPITALE ASSICURATO INIZIALE		PREMIO							

7 RICEVUTA									
ATTENZIONE: Tutti i versamenti di importo uguale o superiore a € 12.500,00 devono essere effettuati, dal Contraente, a mezzo bonifico bancario irrevocabile con valuta fissa per il beneficiario intestato a ERGO Previdenza S.p.A., disposto sul conto corrente indicato nel relativo fascicolo condizioni, di cui si allega ricevuta.									
IL SOTTOSCRITTO PRODUTTORE SIG.					DICHIARA DI RICEVERE DAL SIG.				
IN DATA		L'IMPORTO DI € (in numeri)			(in lettere)				
A mezzo ☐ BONIF. BANCARIO ☐ ASSEGNO NON TRASFERIBILE N. DELLA BANCA INTESATO A ERGO PREVIDENZA S.P.A. PER L'INOLTRO ALLA SOCIETÀ STESSA									

Qualora il Contraente receda dal contratto nei termini previsti, verrà rimborsato il premio versato al netto dei costi di emissione pari a euro 25,00. In caso di revoca il rimborso sarà pari al premio.										
		SOTTOSCRITTA IL			FIRMA (leggibile) DEL PRODUTTORE			FIRMA (leggibile) DEL CONTRAENTE		

9 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

L'ASSICURANDO PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER ELIMINARE IL PERIODO DI CARENZA (IL COSTO È A CARICO DELL'ASSICURANDO).

- Indicare i valori della statura e del peso: cm. kg.
- Soffre o ha sofferto di malattie del sangue, disturbi a carico degli apparati respiratorio, cardiocircolatorio, digerente, urogenitale, del sistema nervoso ed endocrino metabolico?
Se SI, precisare solo **quando ed allegare documentazione.** ☐ SI ☐ NO
- Esistono in famiglia malattie che siano espressioni di patologie di origine genetica? Se SI, indicare quali ☐ SI ☐ NO
- Si è sottoposto ad esami clinici? Rispondere SI solo se furono rilevati valori fuori norma o stati di malattia anche non in terapia.
Se SI, precisare esami ed **allegare documentazione. IN TUTTI GLI ALTRI CASI RISPONDERE NO.** ☐ SI ☐ NO
- Assume terapia farmacologica continuativa come da prescrizione medica? Se SI, quale e da quando ☐ SI ☐ NO
- È mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero per semplici accertamenti o per interventi chirurgici? (Non è obbligatorio dichiarare gli interventi di appendicectomia, ernierectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, frattura degli arti, deviazione del setto nasale, parto, avvenuti da oltre 3 mesi, colicistectomia avvenuta da oltre 2 anni e gastroresezione per ulcera avvenuta da oltre 5 anni).
Quando il ricovero sia stato causato da patologie diverse da quelle elencate, allegare cartella clinica o altra documentazione clinica riportante gli esiti. ☐ SI ☐ NO
- Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti, ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbre, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?
In caso di risposta affermativa la Società stabilirà le condizioni di accettazione ☐ SI ☐ NO
- Pratica una delle seguenti attività professionali?: attività a contatto con esplosivi, sostanze chimiche, tossiche o radioattive, attività con accesso a tetti, impalcature o piattaforme aeree, militare di reparti operativi, forze dell'ordine di reparti operativi, attività su piattaforme petrolifere, pilota di elicotteri o aerei, attività subacquee, lavoro nel sottosuolo, stuntman, circense, membro di equipaggio di aeromobili o imbarcazioni in alto mare, collaudatore. Se SI, indicare quale ☐ SI ☐ NO
- In tal caso l'accettazione della proposta potrà essere subordinata a particolari condizioni o limitazioni.**
- Pratica sport pericolosi? A titolo esemplificativo indichiamo gli sport più comuni: paracadutismo, deltaplano, parapendio o altri sport aerei in genere, immersioni subacquee con o senza autorespiratore, alpinismo nelle sue varie forme, gare automobilistiche, regate veliche, speleologia, sport estremi nelle varie forme, ecc. Se SI, indicare quale/i ☐ SI ☐ NO
- In tal caso l'accettazione della proposta potrà essere subordinata a particolari condizioni o limitazioni.**
- Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi? Se SI, precisare: percentuali di invalidità e caratteristiche difetti ☐ SI ☐ NO
- Intraprende o prevede di dover intraprendere viaggi fuori Europa solo per motivi professionali? Se SI, precisare: dove per quanto tempo ☐ SI ☐ NO

I dati di cui sopra costituiscono elemento per la determinazione delle prestazioni.

N.B.: VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO PRIMA DI SOTTOSCRIVERE.

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DALL'ASSICURANDO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE (art. 1892 e 1893 del Codice Civile).

Luogo e data _____ Nome e Cognome dell'Assicurando _____ Firma leggibile _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Preso atto dell'informativa nella pagina seguente e di tutto quanto stabilito dal Codice sulla Privacy:

☐ ACCONSENTO/IAMO

- al trattamento dei dati personali, identificativi e sensibili, che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a), della medesima informativa o obbligatori per legge;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

Luogo e data _____ Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente _____ Firma leggibile _____

Luogo e data _____ Nome e Cognome dell'Assicurando _____ Firma leggibile _____

☐ ACCONSENTO/IAMO ☐ NON ACCONSENTO/IAMO (Barrare con **X** la casella prescelta - In caso di mancata scelta da parte del Contraente il consenso NON si intenderà prestato.)

- al trattamento dei dati personali comuni, che mi/ci riguardano per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. b), della predetta informativa, per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi (Paesi UE e Paesi extra UE).

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

Origine dei dati (indicare l'ipotesi ricorrente) ☐ dati forniti dall'interessato ☐ dati forniti da terzi

Fatti in ogni caso salvi i diritti di cui all'art. 7 del Codice sulla Privacy, l'Interessato si impegna a consegnare una copia dell'informativa sul retro a tutti coloro i cui dati sono stati forniti in sede di sottoscrizione e che saranno oggetto di trattamento.

Luogo e data _____ Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente _____ Firma leggibile _____

Luogo e data _____ Nome e Cognome dell'Assicurando _____ Firma leggibile _____

IO SOTTOSCRITTO

- A -dichiaro** ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte da me date - anche se materialmente scritte da altri - sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza. Riconosco che le stesse sono elementi essenziali, a pena di nullità per la valutazione del rischio da parte della Società (art. 1892 e art. 1893 Codice Civile);
- B -dichiaro** di essere a conoscenza della facoltà di revocare la presente proposta in base a quanto stabilito dall'art.112 del D.L. 174/95. Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza che potrà esercitare il diritto di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione del contratto, regolata dallo specifico articolo delle condizioni di polizza, in base a quanto stabilito dall'art. 111 del D.L. 174/95. Sono infine a conoscenza che le facoltà di revoca della proposta o di recesso dal contratto devono essere esercitate mediante invio alla Società di lettera raccomandata con avviso di ricevimento. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, la Società rimborsa al Contraente in caso di revoca il premio eventualmente corrisposto, in caso di recesso (previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici) il premio eventualmente corrisposto diminuito delle spese di emissione;
- C -proscioglio** dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dalla Società stessa comunicate ad altre Persone od Enti per necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
- D -dichiaro** di aver preso visione dell'articolo delle condizioni di polizza regolante la modalità di conclusione del contratto. Ove la Società dovesse, invece, essere indotta a rinviare o rifiutare l'assicurazione, non sarà tenuta ad indicare i motivi delle proprie decisioni. In ogni caso la presente proposta e gli eventuali allegati rimarranno presso la Società che non avrà obbligo di restituzione. L'importo corrisposto contestualmente alla sottoscrizione della presente proposta avrà valore di deposito fino al momento della accettazione da parte della Società. In mancanza di accettazione per motivi di carattere sanitario, la proposta decadrà automaticamente e la Società - entro 30 giorni dal ricevimento della stessa - ne darà comunicazione per iscritto e restituirà contestualmente quanto versato;
- E -dichiaro** di essere consapevole che l'art. 1924 del C.C. obbliga il Contraente al pagamento del premio relativo al primo anno di assicurazione e che, ai sensi dell'art. 1326 C.C., il contratto si intenderà concluso nel momento in cui sarà stata comunicata l'accettazione della proposta, mediante ricezione della lettera di conferma della copertura assicurativa o dell'originale di polizza emesso dalla Società;
- F -dichiaro** sin d'ora di accettare la polizza emessa dalla Società in esecuzione della presente proposta. Quanto riportato in polizza prevarrà su ogni altra indicazione al momento dell'esecuzione del contratto.

Luogo e data _____ Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente _____ Firma leggibile _____

Luogo e data _____ Nome e Cognome dell'Assicurando _____ Firma leggibile _____

Il sottoscritto Contraente approva specificatamente ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, quanto segue: • dichiarazioni di cui al punto B sopra riportato; • dichiarazioni di cui al punto F sopra riportato; • Condizioni di assicurazione mod EPT 365: Art. 3 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; Art. 4 - Rischio di morte; Art. 7 - Premi - Modalità di versamento dei premi; Art. 10 - Prestazione assicurata.

Luogo e data _____ Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente _____ Firma leggibile _____

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA, DEL FASCICOLO INFORMATIVO MOD. EPT 365, COMPOSTO DA NOTA INFORMATIVA, CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E GLOSSARIO, E RIPORTANTE TUTTE LE INFORMAZIONI PRELIMINARI PER LA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE.

Luogo e data _____ Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente _____ Firma leggibile _____

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003 (di seguito denominato Codice sulla Privacy), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi delle Società del Gruppo, con finalità di marketing operativo e strategico, di informativa commerciale ed a scopi di statistica e di ricerca scientifica.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati viene effettuato secondo le modalità previste dall'art. 11, comma 1 del Codice sulla Privacy:

- è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice sulla Privacy: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modifica, selezione, raffronto/interconnessione, comunicazione, cancellazione, distruzione, sicurezza/protezione, comprese tutte le misure connesse all'accessibilità/confidenzialità, integrità e tutela;
- è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento (ex art. 30 del Codice sulla Privacy), nonché da società di servizi e/o terze, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento (ex art. 30 del Codice sulla Privacy).

Il trattamento che dovesse riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", avviene sulla base di quanto disposto dall'art. 26 del Codice sulla Privacy e si fonda sull'Autorizzazione n. 5 del 2004 al trattamento dei dati sensibili da parte di diverse categorie di titolari.

3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, ISVAP);
- strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI CONFERIRE I DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

- I dati personali possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1, lett. a) o per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione amministrativa dei contratti, la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (ad esempio Europ Assistance), nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni);
- inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché a pubbliche amministrazioni ai sensi di legge, nonché a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di imbustamento e smistamento di corrispondenza ed archiviazione, e del servizio di assistenza e/o informazione commerciale ai Clienti, effettuato anche tramite strutture esterne di call center.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione per finalità diverse da quelle indicate nella presente informativa.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, in conformità con quanto disposto dagli artt. 42 e 43 del Codice sulla Privacy.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice sulla Privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di 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.

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Titolare, ex art. 28 del Codice sulla Privacy, del trattamento è ERGO Previdenza S.p.A, nella persona del suo Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano - Italia. Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice sulla Privacy, è la Direzione Commerciale Marketing con sede in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano - Italia - telefono n. 02.57444294 - fax n. 02.57442360, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri responsabili del trattamento, dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del titolare (responsabili ed incaricati).



ERGO Previdenza S.p.A. - Capitale Sociale € 90.000.000 interamente versato. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 6/4/1992 (G.U. 10/4/1992 N°85) N°di iscrizione al Registro Imprese Tribunale di Milano Codice Fiscale N° 03735041000 - Partita IVA N° 10637370155 - Società soggetta a direzione e coordinamento di ERGO Versicherungsgruppe AG.

Mod. EPT 365/pp - 11/2006

Indispensabile

tariffe 1051 e 1052

ERGO

Previdenza

A member of the **ERGO** Insurance Group.

N. PROPOSTA	AGENZIA (DENOMINAZIONE)	COD.AGENZIA	CODICE AGENTE

1 CONTRAENTE / ASSICURANDO

TITOLO	COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE	CODICE FISCALE
C.A.P.	LOCALITÀ	PROV. VIA
LUOGO DI NASCITA	PROV. DATA DI NASCITA	ETÀ
NUMERI TELEFONICI	PROFESSIONE	SESSO
NUMERO DOCUMENTO VALIDO	C.I. PAT. PASS.	STATO CIVILE
RILASCIATO DA (COMUNE, PREFETTURA, QUESTURA) DI:		DIPENDENTE AUTONOMO
PROV. IN DATA		

2 LEGALE RAPPRESENTANTE DA COMPILARSI SOLO SE IL CONTRAENTE È PERSONA GIURIDICA

TITOLO	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE
C.A.P.	LOCALITÀ	PROV. VIA
SESSO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
NUMERO DOCUMENTO VALIDO	C.I. PAT. PASS.	PROV. IN DATA
RILASCIATO DA (COMUNE, PREFETTURA, QUESTURA) DI:		

3 ASSICURANDO DA COMPILARSI SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE

TITOLO	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE
C.A.P.	LOCALITÀ	PROV. VIA
LUOGO DI NASCITA	PROV. DATA DI NASCITA	ETÀ
NUMERI TELEFONICI	PROFESSIONE	SESSO
RILASCIATO DA (COMUNE, PREFETTURA, QUESTURA) DI:		STATO CIVILE
PROV. IN DATA		DIPENDENTE AUTONOMO

4 BENEFICIARI

IN CASO DI MORTE: _____

5 CARATTERISTICHE ASSICURATIVE

DENOMINAZIONE TARIFFA	CODICE TARIFFA	DECORRENZA ORE 24 DEL	DURATA ANNI	SCADENZA ORE 24 DEL
INDISPENSABILE	1051*	/ /		/ /
DENOMINAZIONE TARIFFA	CODICE TARIFFA	DECORRENZA ORE 24 DEL	DURATA ANNI	SCADENZA ORE 24 DEL
INDISPENSABILE	1052**	/ /		/ /

*polizza temporanea in caso di morte a premio unico e capitale costante
**polizza temporanea in caso di morte a premio unico e capitale decrescente

6 PRESTAZIONI ASSICURATE E PREMIO

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE	PREMIO

7 RICEVUTA

ATTENZIONE: Tutti i versamenti di importo uguale o superiore a € 12.500,00 devono essere effettuati, dal Contraente, a mezzo bonifico bancario irrevocabile con valuta fissa per il beneficiario intestato a ERGO Previdenza S.p.A., disposto sul conto corrente indicato nel relativo fascicolo condizioni, di cui si allega ricevuta.

IL SOTTOSCRITTO PRODUTTORE SIG. _____	DICHIARA DI RICEVERE DAL SIG. _____
IN DATA _____	L'IMPORTO DI € (in numeri) _____
A mezzo _____	(in lettere) _____
☐ BONIF. BANCARIO ☐ ASSEGNO NON TRASFERIBILE N. _____	DELLA BANCA _____
INTESTATO A ERGO PREVIDENZA S.P.A. PER L'INOLTRO ALLA SOCIETÀ STESSA	

Qualora il Contraente receda dal contratto nei termini previsti, verrà rimborsato il premio versato al netto dei costi di emissione pari a euro 25,00. In caso di revoca il rimborso sarà pari al premio.

/ /	SOTTOSCRITTA IL	FIRMA (leggibile) DEL PRODUTTORE	FIRMA (leggibile) DEL CONTRAENTE
-----	-----------------	----------------------------------	----------------------------------

9 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

L'ASSICURANDO PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER ELIMINARE IL PERIODO DI CARENZA (IL COSTO È A CARICO DELL'ASSICURANDO).

1. Indicare i valori della statura e del peso: cm. kg.
2. Soffre o ha sofferto di malattie del sangue, disturbi a carico degli apparati respiratorio, cardiocircolatorio, digerente, urogenitale, del sistema nervoso ed endocrino metabolico?
Se SI, precisare solo **quando ed allegare documentazione.** ☐ SI ☐ NO
3. Esistono in famiglia malattie che siano espressioni di patologie di origine genetica? Se SI, indicare quali ☐ SI ☐ NO
4. Si è sottoposto ad esami clinici? Rispondere SI solo se furono rilevati valori fuori norma o stati di malattia anche non in terapia.
Se SI, precisare esami ed **allegare documentazione. IN TUTTI GLI ALTRI CASI RISPONDERE NO.** ☐ SI ☐ NO
5. Assume terapia farmacologica continuativa come da prescrizione medica? Se SI, quale e da quando ☐ SI ☐ NO
6. È mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero per semplici accertamenti o per interventi chirurgici? (Non è obbligatorio dichiarare gli interventi di appendicectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, frattura degli arti, deviazione del setto nasale, parto, avvenuti da oltre 3 mesi, colicistectomia avvenuta da oltre 2 anni e gastroresezione per ulcera avvenuta da oltre 5 anni).
Quando il ricovero sia stato causato da patologie diverse da quelle elencate, allegare cartella clinica o altra documentazione clinica riportante gli esiti. ☐ SI ☐ NO
7. Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti, ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbre, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?
In caso di risposta affermativa la Società stabilirà le condizioni di accettazione ☐ SI ☐ NO
8. Pratica una delle seguenti attività professionali?: attività a contatto con esplosivi, sostanze chimiche, tossiche o radioattive, attività con accesso a tetti, impalcature o piattaforme aeree, militare di reparti operativi, forze dell'ordine di reparti operativi, attività su piattaforme petrolifere, pilota di elicotteri o aerei, attività subacquee, lavoro nel sottosuolo, stuntman, circense, membro di equipaggio di aeromobili o imbarcazioni in alto mare, collaudatore. Se SI, indicare quale ☐ SI ☐ NO
- In tal caso l'accettazione della proposta potrà essere subordinata a particolari condizioni o limitazioni.**
9. Pratica sport pericolosi? A titolo esemplificativo indichiamo gli sport più comuni: paracadutismo, deltaplano, parapendio o altri sport aerei in genere, immersioni subacquee con o senza autorespiratore, alpinismo nelle sue varie forme, gare automobilistiche, regate veliche, speleologia, sport estremi nelle varie forme, ecc. Se SI, indicare quale/i ☐ SI ☐ NO
- In tal caso l'accettazione della proposta potrà essere subordinata a particolari condizioni o limitazioni.**
10. Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi? Se SI, precisare: percentuali di invalidità e caratteristiche difetti ☐ SI ☐ NO
11. Intraprende o prevede di dover intraprendere viaggi fuori Europa solo per motivi professionali? Se SI, precisare: dove per quanto tempo ☐ SI ☐ NO

I dati di cui sopra costituiscono elemento per la determinazione delle prestazioni.

N.B.: VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO PRIMA DI SOTTOSCRIVERE.

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DALL'ASSICURANDO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE (art. 1892 e 1893 del Codice Civile).

Luogo e data *Nome e Cognome dell'Assicurando* Firma leggibile

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Preso atto dell'informativa nella pagina seguente e di tutto quanto stabilito dal Codice sulla Privacy:

☐ ACCONSENTO/IAMO

1. al trattamento dei dati personali, identificativi e sensibili, che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;

2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a), della medesima informativa o obbligatori per legge;

3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

Luogo e data *Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente* Firma leggibile

Luogo e data *Nome e Cognome dell'Assicurando* Firma leggibile

☐ ACCONSENTO/IAMO ☐ NON ACCONSENTO/IAMO (Barrare con X la casella prescelta - In caso di mancata scelta da parte del Contraente il consenso NON si intenderà prestato.)

4. al trattamento dei dati personali comuni, che mi/ci riguardano per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;

5. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. b), della predetta informativa, per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;

6. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi (Paesi UE e Paesi extra UE).

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

Origine dei dati (indicare l'ipotesi ricorrente) ☐ dati forniti dall'interessato ☐ dati forniti da terzi

Fatti in ogni caso salvi i diritti di cui all'art. 7 del Codice sulla Privacy, l'Interessato si impegna a consegnare una copia dell'informativa sul retro a tutti coloro i cui dati sono stati forniti in sede di sottoscrizione e che saranno oggetto di trattamento.

Luogo e data *Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente* Firma leggibile

Luogo e data *Nome e Cognome dell'Assicurando* Firma leggibile

IO SOTTOSCRITTO

A -dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte da me date - anche se materialmente scritte da altri - sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza. Riconosco che le stesse sono elementi essenziali, a pena di nullità per la valutazione del rischio da parte della Società (art. 1892 e art. 1893 Codice Civile);

B -dichiaro di essere a conoscenza della facoltà di revocare la presente proposta in base a quanto stabilito dall'art.112 del D.L. 174/95. Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza che potrà esercitare il diritto di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione del contratto, regolata dallo specifico articolo delle condizioni di polizza, in base a quanto stabilito dall'art. 111 del D.L. 174/95. Sono infine a conoscenza che le facoltà di revoca della proposta o di recesso dal contratto devono essere esercitate mediante invio alla Società di lettera raccomandata con avviso di ricevimento. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, la Società rimborsa al Contraente in caso di revoca il premio eventualmente corrisposto, in caso di recesso (previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici) il premio eventualmente corrisposto diminuito delle spese di emissione;

C -proscioglio dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dalla Società stessa comunicate ad altre Persone od Enti per necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;

D -dichiaro di aver preso visione dell'articolo delle condizioni di polizza regolante la modalità di conclusione del contratto. Ove la Società dovesse, invece, essere indotta a rinviare o rifiutare l'assicurazione, non sarà tenuta ad indicare i motivi delle proprie decisioni. In ogni caso la presente proposta e gli eventuali allegati rimarranno presso la Società che non avrà obbligo di restituzione. L'importo corrisposto contestualmente alla sottoscrizione della presente proposta avrà valore di deposito fino al momento della accettazione da parte della Società. In mancanza di accettazione per motivi di carattere sanitario, la proposta decadrà automaticamente e la Società - entro 30 giorni dal ricevimento della stessa - ne darà comunicazione per iscritto e restituirà contestualmente quanto versato;

E -dichiaro di essere consapevole che l'art. 1924 del C.C. obbliga il Contraente al pagamento del premio relativo al primo anno di assicurazione e che, ai sensi dell'art. 1326 C.C., il contratto si intenderà concluso nel momento in cui sarà stata comunicata l'accettazione della proposta, mediante ricezione della lettera di conferma della copertura assicurativa o dell'originale di polizza emesso dalla Società;

F -dichiaro sin d'ora di accettare la polizza emessa dalla Società in esecuzione della presente proposta. Quanto riportato in polizza prevarrà su ogni altra indicazione al momento dell'esecuzione del contratto.

Luogo e data *Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente* Firma leggibile

Luogo e data *Nome e Cognome dell'Assicurando* Firma leggibile

Il sottoscritto Contraente approva specificatamente ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, quanto segue: • dichiarazioni di cui al punto B sopra riportato; • dichiarazioni di cui al punto F sopra riportato; • Condizioni di assicurazione mod EPT 365: Art. 3 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; Art. 4 - Rischio di morte; Art. 7 - Premi - Modalità di versamento dei premi; Art. 10 - Prestazione assicurata.

Luogo e data *Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente* Firma leggibile

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA, DEL FASCICOLO INFORMATIVO MOD. EPT 365, COMPOSTO DA NOTA INFORMATIVA, CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E GLOSSARIO, E RIPORTANTE TUTTE LE INFORMAZIONI PRELIMINARI PER LA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE.

Luogo e data *Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente* Firma leggibile

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003 (di seguito denominato Codice sulla Privacy), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi delle Società del Gruppo, con finalità di marketing operativo e strategico, di informativa commerciale ed a scopi di statistica e di ricerca scientifica.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati viene effettuato secondo le modalità previste dall'art. 11, comma 1 del Codice sulla Privacy:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice sulla Privacy: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modifica, selezione, raffronto/interconnessione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese tutte le misure connesse all'accessibilità/confidenzialità, integrità e tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento (ex art. 30 del Codice sulla Privacy), nonché da società di servizi e/o terze, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento (ex art. 30 del Codice sulla Privacy).

Il trattamento che dovesse riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", avviene sulla base di quanto disposto dall'art. 26 del Codice sulla Privacy e si fonda sull'Autorizzazione n. 5 del 2004 al trattamento dei dati sensibili da parte di diverse categorie di titolari.

3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, ISVAP);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI CONFERIRE I DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) I dati personali possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1, lett. a) o per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione amministrativa dei contratti, la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (ad esempio Europ Assistance), nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni);
- b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché a pubbliche amministrazioni ai sensi di legge, nonché a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di imbustamento e smistamento di corrispondenza ed archiviazione, e del servizio di assistenza e/o informazione commerciale ai Clienti, effettuato anche tramite strutture esterne di call center.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione per finalità diverse da quelle indicate nella presente informativa.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, in conformità con quanto disposto dagli artt. 42 e 43 del Codice sulla Privacy.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice sulla Privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di 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.

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Titolare, ex art. 28 del Codice sulla Privacy, del trattamento è ERGO Previdenza S.p.A, nella persona del suo Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano - Italia. Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice sulla Privacy, è la Direzione Commerciale Marketing con sede in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano - Italia - telefono n. 02.57444294 - fax n. 02.57442360, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri responsabili del trattamento, dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del titolare (responsabili ed incaricati).

Indispensabile

tariffe 1051 e 1052

ERGO

Previdenza

A member of the **ERGO** Insurance Group.

N. PROPOSTA	AGENZIA (DENOMINAZIONE)	COD.AGENZIA	CODICE AGENTE

1 CONTRAENTE / ASSICURANDO

TITOLO	COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE	CODICE FISCALE
C.A.P.	LOCALITÀ	PROV. VIA
LUOGO DI NASCITA	PROV. DATA DI NASCITA	ETÀ
NUMERI TELEFONICI	PROFESSIONE	SESSO ☐ M ☐ F STATO CIVILE
NUMERO DOCUMENTO VALIDO	C.I. PAT. PASS. RILASCIATO DA (COMUNE, PREFETTURA, QUESTURA) DI:	PROV. IN DATA

2 LEGALE RAPPRESENTANTE DA COMPILARSI SOLO SE IL CONTRAENTE È PERSONA GIURIDICA

TITOLO	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE
C.A.P.	LOCALITÀ	PROV. VIA
SESSO ☐ M ☐ F	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
NUMERO DOCUMENTO VALIDO	C.I. PAT. PASS. RILASCIATO DA (COMUNE, PREFETTURA, QUESTURA) DI:	PROV. IN DATA

3 ASSICURANDO DA COMPILARSI SOLO SE DIVERSO DAL CONTRAENTE

TITOLO	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE
C.A.P.	LOCALITÀ	PROV. VIA
LUOGO DI NASCITA	PROV. DATA DI NASCITA	ETÀ
NUMERI TELEFONICI	PROFESSIONE	SESSO ☐ M ☐ F STATO CIVILE
		DIPENDENTE AUTONOMO ☐ ☐

4 BENEFICIARI

IN CASO DI MORTE:

5 CARATTERISTICHE ASSICURATIVE

DENOMINAZIONE TARIFFA	CODICE TARIFFA	DECORRENZA ORE 24 DEL	DURATA ANNI	SCADENZA ORE 24 DEL
INDISPENSABILE	1051*	/ /		/ /
DENOMINAZIONE TARIFFA	CODICE TARIFFA	DECORRENZA ORE 24 DEL	DURATA ANNI	SCADENZA ORE 24 DEL
INDISPENSABILE	1052**	/ /		/ /

*polizza temporanea in caso di morte a premio unico e capitale costante
**polizza temporanea in caso di morte a premio unico e capitale decrescente

6 PRESTAZIONI ASSICURATE E PREMIO

CAPITALE ASSICURATO INIZIALE	PREMIO

7 RICEVUTA

ATTENZIONE: Tutti i versamenti di importo uguale o superiore a € 12.500,00 devono essere effettuati, dal Contraente, a mezzo bonifico bancario irrevocabile con valuta fissa per il beneficiario intestato a ERGO Previdenza S.p.A., disposto sul conto corrente indicato nel relativo fascicolo condizioni, di cui si allega ricevuta.

IL SOTTOSCRITTO PRODUTTORE SIG.	DICHIARA DI RICEVERE DAL SIG.
IN DATA / /	L'IMPORTO DI € (in numeri) (in lettere)
A mezzo ☐ BONIF. BANCARIO ☐ ASSEGNO NON TRASFERIBILE N.	DELLA BANCA
INTESTATO A ERGO PREVIDENZA S.P.A. PER L'INOLTRO ALLA SOCIETÀ STESSA	

Qualora il Contraente receda dal contratto nei termini previsti, verrà rimborsato il premio versato al netto dei costi di emissione pari a euro 25,00. In caso di revoca il rimborso sarà pari al premio.

SOTTOSCRITTA IL	FIRMA (leggibile) DEL PRODUTTORE	FIRMA (leggibile) DEL CONTRAENTE
-----------------	----------------------------------	----------------------------------

9 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

L'ASSICURANDO PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER ELIMINARE IL PERIODO DI CARENZA (IL COSTO È A CARICO DELL'ASSICURANDO).

1. Indicare i valori della statura e del peso: cm. kg.
2. Soffre o ha sofferto di malattie del sangue, disturbi a carico degli apparati respiratorio, cardiocircolatorio, digerente, urogenitale, del sistema nervoso ed endocrino metabolico? Se SI, precisare solo **quando ed allegare documentazione.** ☐ SI ☐ NO
3. Esistono in famiglia malattie che siano espressioni di patologie di origine genetica? Se SI, indicare quali ☐ SI ☐ NO
4. Si è sottoposto ad esami clinici? Rispondere SI solo se furono rilevati valori fuori norma o stati di malattia anche non in terapia. Se SI, precisare esami ed **allegare documentazione. IN TUTTI GLI ALTRI CASI RISPONDERE NO.** ☐ SI ☐ NO
5. Assume terapia farmacologica continuativa come da prescrizione medica? Se SI, quale e da quando ☐ SI ☐ NO
6. È mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero per semplici accertamenti o per interventi chirurgici? (Non è obbligatorio dichiarare gli interventi di appendicectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, frattura degli arti, deviazione del setto nasale, parto, avvenuti da oltre 3 mesi, colicistectomia avvenuta da oltre 2 anni e gastroresezione per ulcera avvenuta da oltre 5 anni). **Quando il ricovero sia stato causato da patologie diverse da quelle elencate, allegare cartella clinica o altra documentazione clinica riportante gli esiti.** ☐ SI ☐ NO
7. Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti, ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbre, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle? **In caso di risposta affermativa la Società stabilirà le condizioni di accettazione** ☐ SI ☐ NO
8. Pratica una delle seguenti attività professionali?: attività a contatto con esplosivi, sostanze chimiche, tossiche o radioattive, attività con accesso a tetti, impalcature o piattaforme aeree, militare di reparti operativi, forze dell'ordine di reparti operativi, attività su piattaforme petrolifere, pilota di elicotteri o aerei, attività subacquee, lavoro nel sottosuolo, stuntman, circense, membro di equipaggio di aeromobili o imbarcazioni in alto mare, collaudatore. Se SI, indicare quale ☐ SI ☐ NO
- In tal caso l'accettazione della proposta potrà essere subordinata a particolari condizioni o limitazioni.**
9. Pratica sport pericolosi? A titolo esemplificativo indichiamo gli sport più comuni: paracadutismo, deltaplano, parapendio o altri sport aerei in genere, immersioni subacquee con o senza autorespiratore, alpinismo nelle sue varie forme, gare automobilistiche, regate veliche, speleologia, sport estremi nelle varie forme, ecc. Se SI, indicare quale/i ☐ SI ☐ NO
- In tal caso l'accettazione della proposta potrà essere subordinata a particolari condizioni o limitazioni.**
10. Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi? Se SI, precisare: percentuali di invalidità ☐ SI ☐ NO e caratteristiche difetti ☐ SI ☐ NO
11. Intraprende o prevede di dover intraprendere viaggi fuori Europa solo per motivi professionali? Se SI, precisare: dove ☐ SI ☐ NO per quanto tempo ☐ SI ☐ NO

I dati di cui sopra costituiscono elemento per la determinazione delle prestazioni.

N.B.: VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO PRIMA DI SOTTOSCRIVERE.

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DALL'ASSICURANDO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE (art. 1892 e 1893 del Codice Civile).

Luogo e data *Nome e Cognome dell'Assicurando* Firma leggibile

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

- Preso atto dell'informativa nella pagina seguente e di tutto quanto stabilito dal Codice sulla Privacy:
- ☐ ACCONSENTO/IAMO
1. al trattamento dei dati personali, identificativi e sensibili, che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a), della medesima informativa o obbligatori per legge;
3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

Luogo e data *Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente* Firma leggibile

Luogo e data *Nome e Cognome dell'Assicurando* Firma leggibile

☐ ACCONSENTO/IAMO ☐ NON ACCONSENTO/IAMO (Barrare con X la casella prescelta - In caso di mancata scelta da parte del Contraente il consenso NON si intenderà prestato.)

4. al trattamento dei dati personali comuni, che mi/ci riguardano per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;
5. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. b), della predetta informativa, per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;
6. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi (Paesi UE e Paesi extra UE).

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

Fatti in ogni caso salvi i diritti di cui all'art. 7 del Codice sulla Privacy, l'Interessato si impegna a consegnare una copia dell'informativa sul retro a tutti coloro i cui dati sono stati forniti in sede di sottoscrizione e che saranno oggetto di trattamento.

Origine dei dati (indicare l'ipotesi ricorrente) ☐ dati forniti dall'interessato ☐ dati forniti da terzi

Luogo e data *Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente* Firma leggibile

Luogo e data *Nome e Cognome dell'Assicurando* Firma leggibile

IO SOTTOSCRITTO

- A - dichiaro** ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte da me date - anche se materialmente scritte da altri - sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza. Riconosco che le stesse sono elementi essenziali, a pena di nullità per la valutazione del rischio da parte della Società (art. 1892 e art. 1893 Codice Civile);
- B - dichiaro** di essere a conoscenza della facoltà di revocare la presente proposta in base a quanto stabilito dall'art. 112 del D.L. 174/95. Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza che potrà esercitare il diritto di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione del contratto, regolata dallo specifico articolo delle condizioni di polizza, in base a quanto stabilito dall'art. 111 del D.L. 174/95. Sono infine a conoscenza che la facoltà di revoca della proposta o di recesso dal contratto devono essere esercitate mediante invio alla Società di lettera raccomandata con avviso di ricevimento. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, la Società rimborsa al Contraente in caso di revoca il premio eventualmente corrisposto, in caso di recesso (previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici) il premio eventualmente corrisposto diminuito delle spese di emissione;
- C - proscioglio** dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dalla Società stessa comunicate ad altre Persone od Enti per necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
- D - dichiaro** di aver preso visione dell'articolo delle condizioni di polizza regolante la modalità di conclusione del contratto. Ove la Società dovesse, invece, essere indotta a rinviare o rifiutare l'assicurazione, non sarà tenuta ad indicare i motivi delle proprie decisioni. In ogni caso la presente proposta e gli eventuali allegati rimarranno presso la Società che non avrà obbligo di restituzione. L'importo corrisposto contestualmente alla sottoscrizione della presente proposta avrà valore di deposito fino al momento della accettazione da parte della Società. In mancanza di accettazione per motivi di carattere sanitario, la proposta decadrà automaticamente e la Società, entro 30 giorni dal ricevimento della stessa - ne darà comunicazione per iscritto e restituirà contestualmente quanto versato;
- E - dichiaro** di essere consapevole che l'art. 1924 del C.C. obbliga il Contraente al pagamento del premio relativo al primo anno di assicurazione e che, ai sensi dell'art. 1326 C.C., il contratto si intenderà concluso nel momento in cui sarà stata comunicata l'accettazione della proposta, mediante ricezione della lettera di conferma della copertura assicurativa o dell'originale di polizza emesso dalla Società;
- F - dichiaro** sin d'ora di accettare la polizza emessa dalla Società in esecuzione della presente proposta. Quanto riportato in polizza prevarrà su ogni altra indicazione al momento dell'esecuzione del contratto.

Luogo e data *Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente* Firma leggibile

Luogo e data *Nome e Cognome dell'Assicurando* Firma leggibile

Il sottoscritto Contraente approva specificatamente ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, quanto segue: • dichiarazioni di cui al punto B sopra riportato; • dichiarazioni di cui al punto F sopra riportato; • Condizioni di assicurazione mod EPT 365: Art. 3 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; Art. 4 - Rischio di morte; Art. 7 - Premi - Modalità di versamento dei premi; Art. 10 - Prestazione assicurata.

Luogo e data *Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente* Firma leggibile

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA, DEL FASCICOLO INFORMATIVO MOD. EPT 365, COMPOSTO DA NOTA INFORMATIVA, CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E GLOSSARIO, E RIPORTANTE TUTTE LE INFORMAZIONI PRELIMINARI PER LA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE.

Luogo e data *Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente* Firma leggibile

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003 (di seguito denominato Codice sulla Privacy), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi delle Società del Gruppo, con finalità di marketing operativo e strategico, di informativa commerciale ed a scopi di statistica e di ricerca scientifica.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati viene effettuato secondo le modalità previste dall'art. 11, comma 1 del Codice sulla Privacy:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice sulla Privacy: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modifica, selezione, raffronto/interconnessione, comunicazione, cancellazione, distruzione, sicurezza/protezione, comprese tutte le misure connesse all'accessibilità/confidenzialità, integrità e tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento (ex art. 30 del Codice sulla Privacy), nonché da società di servizi e/o terze, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento (ex art. 30 del Codice sulla Privacy).

Il trattamento che dovesse riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", avviene sulla base di quanto disposto dall'art. 26 del Codice sulla Privacy e si fonda sull'Autorizzazione n. 5 del 2004 al trattamento dei dati sensibili da parte di diverse categorie di titolari.

3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, ISVAP);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI CONFERIRE I DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) I dati personali possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1, lett. a) o per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione amministrativa dei contratti, la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri (ad esempio Europ Assistance), nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni);
- b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché a pubbliche amministrazioni ai sensi di legge, nonché a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di imbustamento e smistamento di corrispondenza ed archiviazione, e del servizio di assistenza e/o informazione commerciale ai Clienti, effettuato anche tramite strutture esterne di call center.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione per finalità diverse da quelle indicate nella presente informativa.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, in conformità con quanto disposto dagli artt. 42 e 43 del Codice sulla Privacy.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice sulla Privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di 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.

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Titolare, ex art. 28 del Codice sulla Privacy, del trattamento è ERGO Previdenza S.p.A, nella persona del suo Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano - Italia. Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice sulla Privacy, è la Direzione Commerciale Marketing con sede in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano - Italia - telefono n. 02.57444294 - fax n. 02.57442360, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri responsabili del trattamento, dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del titolare (responsabili ed incaricati).



ERGO Previdenza S.p.A. - Capitale Sociale € 90.000.000 interamente versato. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 6/4/1992 (G.U. 10/4/1992 N°85) N° di iscrizione al Registro Imprese Tribunale di Milano Codice Fiscale N° 03735041000 - Partita IVA N° 10637370155 - Società soggetta a direzione e coordinamento di ERGO Versicherungsgruppe AG.

