NOBIS VITA

Doppia tutela

Assicurazione temporanea caso morte a premio annuo e capitale costante con prestazioni aggiuntive:
- Malattia Terminale
- Malattia Grave
- Esonero pagamento premi a seguito di Invalidità Totale Permanente

Prima della sottoscrizione leggere il set informativo, che prevede i seguenti documenti:
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (DIP Vita)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)
- Condizioni di Assicurazione
- Proposta

Documento redatto secondo le linee guida del tavolo tecnico ANIA in materia di contratti semplici e chiari

GRUPPO NOBIS

Assicurazione temporanea caso di morte

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

Impresa che realizza il prodotto: NOBIS VITA S.p.A.
Prodotto: Doppia Tutela

Data di realizzazione: 04 giugno 2020 (Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile)

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

Che tipo di assicurazione è?

E' una assicurazione di puro rischio: temporanea caso morte a premio annuo e capitale assicurato costanti, in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, prevede la corresponsione di un capitale ai Beneficiari designati.

Che cosa è assicurato?/Quali sono le prestazioni?

Prestazione principale

- Con la copertura principale è assicurato il decesso dell'Assicurato. La prestazione consiste nel pagamento, ai Beneficiari designati in polizza, del capitale assicurato, al verificarsi del decesso nel corso della durata contrattuale.

Prestazioni principali aggiuntive

- In caso di diagnosi di Malattia Terminale: Nobis vita corrisponde, in via anticipata il capitale assicurato in caso di decesso.
- In caso di Invalidità Totale Permanente: Nobis vita garantisce l'esonero dal pagamento dei premi residui.
- In caso di Malattia Grave: Nobis vita corrisponde un capitale pari al 5% del capitale assicurato in caso di decesso, con il massimo di 20.000,00 Euro.

Prestazioni complementari facoltative

- In caso di Morte per Infortunio: Nobis vita si impegna a corrispondere un ulteriore capitale pari al capitale assicurato della prestazione principale con il massimale di 250.000,00 Euro.
- In caso di Morte per Infortunio ed Infortunio a seguito di incidente stradale da circolazione: un ulteriore capitale pari al doppio del capitale assicurato della prestazione principale con il massimo di 500.000,00 Euro.

Che cosa NON è assicurato?

x Il prodotto non prevede prestazioni in caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo di copertura.

Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dalla garanzia il Decesso o la Malattia Terminale causati da:

- Dolo del Contraente o del Beneficiario; Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- Partecipazione attiva a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi dello Stato italiano. In tal caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni previste dal competente Ministero.
- Conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all'Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva.
- Suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia del contratto di assicurazione e, trascorso tale periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione;
- Incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Abuso di alcool; Uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- Svolgimento di un'attività professionale pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio;
- Pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche al di sopra dei 4.000 metri di altitudine o con scalata su roccia superiore al 3 grado UIAA ed in ogni caso senza guida, attività speleologiche senza guida,

automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei quali deltaplano, deltaplano a motore e parapendio in caso di più di 50 ore di volo annue, aliante e ultraleggeri in caso di più di 25 ore di volo annue, paracadutismo e tutti i tipi di skydiving se si fanno più di 50 lanci annui, canoa e kayak su rapide in aree remote o su lunghe distanze, vela in caso di traversate transoceaniche o giri al mondo, rafting, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta nelle sue varie forme se fatte a livello professionistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore se fatto al di sotto dei 40 metri di profondità, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante, sport estremi (ad esempio, Base jumping, Bungee Jumping, Canyoning, Zorbing), sci fuori pista. Sarà possibile estendere la copertura ad alcune della attività sportive sopra riportate, se praticate dall'Assicurato, dietro esplicita richiesta della Contraente e previa corresponsione del relativo sovrappremio.

E' prevista l'applicazione di periodi di carenza, di sei mesi e di cinque anni rispettivamente nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica e nel caso in cui non abbia eseguito il test HIV o di sieropositività.

Dove vale la copertura?

✓ Le coperture sono operanti senza limiti territoriali

Che obblighi ho?

Le dichiarazioni del contraente e dell'assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. L'assicurato deve compilare il questionario sanitario e sottoporsi a visita medica e a ulteriori accertamenti sanitari se richiesti da Nobis Vita. Se l'assicurato, dichiaratosi non fumatore, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, lo stesso o il contraente sono tenuti a darne immediata comunicazione scritta a Nobis Vita Italia mediante lettera raccomandata a: Nobis Vita S.p.A., viale Colleoni, 21 20864 Agrate Brianza MB – Italia oppure all'indirizzo PEC nobisvita@pec.it. La Compagnia, al ricevimento della comunicazione, provvede a ricalcolare il capitale assicurato in base al premio corrisposto inizialmente ed ai tassi di tariffa che sarebbero stati utilizzati alla stipula per il caso di Assicurato "fumatore".
L'assicurato, nel corso dell'intera durata del contratto, è tenuto a comunicare eventuali modifiche di professione e/o di attività sportiva che aggravino il rischio assunto da Nobis Vita.
Le richieste di pagamento in caso di decesso devono essere inviate in forma scritta a Nobis Vita accompagnate da: documento di identità e codice fiscale dell'avente diritto, certificato di morte, documentazione sanitaria, informazioni e documentazione relative al testamento e all'individuazione dei beneficiari. Per i pagamenti in caso di invalidità totale e permanente deve essere presentata a Nobis Vita richiesta scritta su apposito modello

Quando e come devo pagare?

E' dovuto il pagamento del premio annuo al momento della sottoscrizione della polizza e all'inizio di ciascun anno di durata del contratto. In caso di interruzione del pagamento dei premi si perde quanto già versato. Il premio è determinato in funzione dell'età dell'Assicurato, della durata della copertura assicurativa, all'abitudine al fumo dell'Assicurato, delle coperture complementari prescelte, dello stato di salute, delle attività svolte sia professionali che sportive oltre che dell'ammontare del capitale assicurato.
E' possibile scegliere di frazionare il pagamento del premio annuo in rate infra-annuali, con una maggiorazione del premio come di seguito illustrato:

Frazionamento	Costo addizionale
Semestrale	2.50%
Trimestrale	3,00%
Mensile	3,50%

In caso di periodicità mensile le prime tre rate di premio devono essere versate unitariamente al momento della sottoscrizione.
Il premio può essere pagato con assegno, bonifico bancario su conto corrente intestato alla Compagnia, con addebito diretto SEPA oppure altri mezzi di pagamento comunicati dalla Compagnia.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata del contratto è stabilita dal Contraente alla sottoscrizione e può variare da un minimo di 2 anni ad un massimo di 30 anni a condizione che l'età dell'Assicurato a scadenza non sia superiore a 75 anni.
L'Assicurazione entra in vigore, a condizione che il premio sia stato pagato, alle ore 24 della data di decorrenza indicata in proposta.
La durata della garanzia "Malattia Grave" è pari alla durata di operatività della copertura assicurativa in caso di decesso.
La garanzia "Malattia Terminale" si estingue un anno prima del termine della durata di operatività della copertura assicurativa in caso di decesso.
La copertura assicurativa "Malattia grave" si estingue in caso di riconoscimento dello stato di Malattia Terminale con conseguente liquidazione del capitale in caso di decesso previsto dal contratto.
La prestazione complementare decorre dal giorno in cui entra in vigore la prestazione principale.
La prestazione complementare si estingue in caso sia stato già riconosciuto lo stato di Malattia Terminale con conseguente liquidazione del capitale in caso di decesso previsto dal contratto.

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

E' possibile revocare la proposta di assicurazione fino al momento della conclusione del contratto. Successivamente si può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione.
Il contratto si risolve sospendendo il pagamento dei premi.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.
In caso di interruzione del pagamento dei premi è possibile riattivare il contratto entro 12 mesi dalla data prevista per il pagamento del premio non corrisposto, si rinvia alla rubrica "Quali costi devo sostenere?" contenuta nel DIP aggiuntivo vita, per le relative condizioni economiche.

Assicurazione temporanea caso di morte

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

Impresa che realizza il prodotto: NOBIS VITA S.p.A.
Prodotto: Doppia Tutela

Data di realizzazione: 04 giugno 2020 (Il DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile)

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Nobis Vita S.p.A. Viale Colleoni n. 21 – 20864 Agrate Brianza (MB) Tel. 039 9890.100 sito internet: www.nobisvita.it indirizzo di posta elettronica: info.vita@nobis.it, indirizzo pec: nobisvita@pec.it L'impresa di assicurazione è autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sulla Vita con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 12.04.1989 (G.U. della Repubblica Italiana N. 115 del 19.05.1989). Iscritta al numero 100080 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione.

Il patrimonio netto al 31 dicembre 2018 ammonta a 40.074 milioni di euro, di cui 6.204 milioni di euro di capitale sociale e 33.870 milioni di euro di riserve patrimoniali, comprensive della perdita d'esercizio. Il requisito patrimoniale richiesto ammonta a 15.392 milioni di euro, il requisito patrimoniale minimo ammonta a 4.593 milioni di euro ed i fondi propri ammissibili a copertura ammontano a 18.614 milioni di euro; pertanto l'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari al 121%. Per maggiori informazioni si rinvia alla relazione sulla solvibilità finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet (www.nobisvita.it).

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

PRESTAZIONE PRINCIPALE
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

PRESTAZIONI PRINCIPALI AGGIUNTIVE
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

PRESTAZIONI COMPLEMENTARI FACOLTATIVE
Le coperture complementari facoltative devono essere richieste espressamente.
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Ci sono limiti di copertura?

Prestazione Principale

Esclusioni per specifiche cause di decesso:
- delitto doloso del contraente o del beneficiario
- partecipazione dell'assicurato a delitti dolosi partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare, operazioni militari;
- eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni;
- guida di veicoli e natanti a motore senza patente specifica; la copertura è attiva se la patente è scaduta da non più di sei mesi incidenti di volo se l'assicurato è a bordo di mezzi non autorizzati al volo o con pilota senza specifico brevetto,o se è membro dell'equipaggio e non l'ha dichiarato in fase assuntiva o successivamente;
- svolgimento di un'attività professionale pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio. Sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive;
- pratiche di sport pericolosi come: attività alpinistiche (intese come diverse da semplici escursioni/trekking) al di sopra dei 4.000 metri di altitudine, scalata su roccia superiore al 3 grado UIAA (Unione Italiana Associazioni Alpine) ed in ogni caso senza guida, attività speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei quali deltaplano, deltaplano a motore e parapendio in caso di più di 50 ore di volo annue, aliante e ultraleggeri in caso di più di 25 ore di volo annue, paracadutismo e tutti i tipi di skydiving se si fanno più di 50 lanci annui, canoa e kayak su rapide in aree remote o su lunghe distanze, vela in caso di traversate transoceaniche o giri al mondo, rafting, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta nelle sue varie forme se fatte a livello professionistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore se fatto al di sotto dei 40 metri di profondità, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante, sport estremi (ad esempio, Base jumping, Bungee Jumping, Canyoning, Zorbing), sci fuori pista. Sarà possibile estendere la copertura ad alcune delle attività sportive sopra riportate, se praticate dall'Assicurato, dietro esplicita richiesta della Contraente e previa corresponsione del relativo sovrappremio;
- suicidio, se avviene nei primi 2 anni di copertura o nei primi 12 mesi di eventuale riattivazione.

Nel caso di delitto doloso del contraente o del beneficiario non è prevista alcuna prestazione; in tutti gli altri casi di esclusione Nobis Vita paga solo la somma dei premi versati al netto dei diritti.

Limitazioni
La copertura opera se l'assicurato si è sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti da Nobis Vita. L'assicurato, con il consenso di Nobis Vita, può non sottoporsi a visita medica se ha un'età inferiore a 60 anni e per un capitale assicurato complessivo (tenuto conto anche di eventuali polizze precedentemente stipulate) fino a € 250.000,00 ridotto a € 200.000,00 se l'età dell'Assicurato alla decorrenza del contratto sia superiore a 60 anni ma inferiore o uguale a 70 anni ferma restando la compilazione del questionario sanitario, sportivo e professionale. In questo caso, la copertura è esclusa per un periodo di carenza di 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione, a meno che il decesso avvenga per:
- conseguenza diretta di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della copertura: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, meningite cerebro spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, B e C, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post vaccinica; inoltre shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura;
- infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura, fatta eccezione per quanto indicato nelle Esclusioni, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili, che hanno come conseguenza il decesso.

Nel periodo di carenza, in caso di decesso, Nobis Vita paga solo la somma dei premi versati al netto dei diritti.

Coperture principali aggiuntive e complementari facoltative

Esclusioni per specifiche cause:
Oltre alle esclusioni previste per la prestazione principale, sono esclusi i casi di decesso, invalidità totale e permanente o di malattia grave causati da:
- uso e guida di mezzi subacquei o di mezzi aerei a meno che l'Assicurato si trovi in qualità di passeggero su un apparecchio in servizio pubblico su linee autorizzate ed esercitate da Compagnie di traffico aereo regolare;
- stato di ubriachezza, intossicazioni per abuso di psicofarmaci e per uso di sostanze stupefacenti o allucinogene o comunque condizioni psico-fisiche alterate;
- per le conseguenze di interventi chirurgici e trattamenti non resi necessari dalle lesioni subite in occasione dell'infortunio;
- contaminazione nucleare o chimica, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- per malaria, carbonchio e per avvelenamenti nonché per infezioni non causate esclusivamente dalle lesioni subite in occasione dell'infortunio.

Esclusioni dalla copertura "Malattia Grave" le seguenti forme tumorali:
- Tumore della prostata, salvo che non sia progredito almento alla categoria T2N0M0 dalla classificazione TNM;
- Carcinoma in situ o cancro in situ, displasia e tutte le condizioni pre-maligne.

Limitazioni
Qualora l'Assicurato dichiari in sede di sottoscrizione della proposta di polizza di aver già sofferto in passato di una qualsiasi forma tumorale (diagnosticata come benigna e/o maligna), limitatamente al seno e alla prostata, anche se risolta senza alcuna complicazione, la garanzia "Malattia Grave" non è operativa ed esclusa dalla prestazione principale.

Oltre alle limitazioni previste per la prestazioni principali, le coperture complementari non operano se:
- le lesioni hanno influito su condizioni fisiche o patologiche dell'assicurato, preesistenti o sopravvenute, o sulla loro evoluzione;
- il decesso avviene dopo un anno dal giorno delle lesioni.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Che cosa devo fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro:
In caso di decesso dell'Assicurato, è necessario inviare alla Compagnia:
- Richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- Fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- Fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- Certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- Relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- Atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente:
- In presenza di testamento:
- Nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
- Nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
- L'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).
- In assenza di testamento:
  - Le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

  Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.
- Dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo la Compagnia liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;
- In caso di Beneficiario minorenne o incapace, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- In caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non

esaustiva, etc.).
Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.
Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

Denuncia dello stato di Malattia Terminale:
Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una Malattia Terminale, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia alla Compagnia, attraverso un apposito modulo redatto e firmato da un medico che attesti la diagnosi di Malattia Terminale, corredandolo con la relativa documentazione sanitaria, trasmesso mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a:

Nobis Vita S.p.A., viale Colleoni, 21 20864 Agrate Brianza MB – Italia oppure all'indirizzo PEC nobisvita@pec.it.

Denuncia della presunta Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato:
La denuncia dell'infortunio o della malattia deve avvenire entro 60 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che l'infortunio o la malattia stessa, per le loro caratteristiche e presumibili conseguenze, possano interessare la garanzia prestata. La denuncia va accompagnata dal parere del medico ed inviata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a:

Nobis Vita S.p.A., viale Colleoni, 21 20864 Agrate Brianza MB - Italia oppure all'indirizzo PEC nobisvita@pec.it.

Ai fini dell'accertamento da parte della Compagnia dell'invalidità totale e permanente, l'Assicurato dovrà produrre la seguente documentazione:
- Copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri presso ospedali, cliniche o case di cura, riferiti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato l'invalidità totale e permanente;
- Certificato attestante l'invalidità totale e permanente rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto, con indicazione del grado di invalidità e completo di documentazione presentata per il rilascio;
- Ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento dell'invalidità totale e permanente.

Denuncia della diagnosi di tumore dell'Assicurato:
La denuncia della malattia oggetto della specifica garanzia deve avvenire entro 60 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia possa interessare la garanzia prestata. La denuncia va accompagnata dal parere del medico ed inviata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a:

Nobis Vita S.p.A., viale Colleoni, 21 20864 Agrate Brianza MB - Italia oppure all'indirizzo PEC nobisvita@pec.it.

Ai fini dell'accertamento da parte della Compagnia del tumore, l'Assicurato dovrà produrre la seguente documentazione:
- Copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri presso ospedali, cliniche o case di cura, riferiti alla malattia oggetto della garanzia;
- Relazione medica contenente la storia clinica completa dell'Assicurato, l'indicazione di quando sono sorti gli eventuali primi sintomi, l'indicazione della diagnosi e corredata di referti di esami specialistici, se esistenti;
- Ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento della malattia oggetto della garanzia.

Denuncia per la prestazione complementare morte per Infortunio o morte per Infortunio ed Infortunio conseguente da incidente stradale da circolazione.
La denuncia della morte per infortunio deve essere inviata, entro 10 giorni dalla data dell'evento, per iscritto dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante PEC all'indirizzo nobisvita@pec.it oppure lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a:

Nobis Vita S.p.A., viale Colleoni, 21 20864 Agrate Brianza MB - Italia oppure all'indirizzo PEC nobisvita@pec.it.

Nella denuncia deve essere indicato:

	- Giorno, ora e luogo dell'evento; - Cause e modalità dell'infortunio; - L'eventuale indicazione dei testimoni al fatto e dell'Autorità intervenuta; - Eventuale certificato del medico che ha prestato le prime cure all'infortunato e/o chi ha compilato l'atto di morte. Gli aventi diritto dovranno consentire alla Compagnia lo svolgimento delle indagini e autorizzare il medico curante a dare le informazioni che fossero necessarie.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.
	Liquidazione della prestazione: Nobis Vita esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa ha diritto: *A) in presenza di dolo o colpa grave* - di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; - di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato; - di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso, nella forma assicurativa a premio annuo, al premio convenuto per il primo anno. *B) in assenza di dolo o colpa grave* - di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose. L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base alla data di nascita effettiva, del capitale assicurato.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il pagamento del premio può essere effettuato tramite: Bonifico Bancario, Assegno recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, o altri strumenti di pagamento indicati dalla Compagnia. Il pagamento del premio delle rate successive alla prima può essere effettuato anche tramite SDD (Sepa Direct Debit). Il premio è comprensivo di imposte se è presente la copertura complementare A richiesta del Contraente è consentito corrispondere il premio in rate semestrali, trimestrali o mensili applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento) dello stesso, pari rispettivamente al 2,50%, 3,00% e 3,50%.. Le rate di premio minimo sono riportate nella seguente tabella:

Frazionamento	Importo minimo rata di premio
Annuale	Euro 90,00
Semestrale	Euro 60,00
Trimestrale	Euro 30,00
Mensile	Euro 25,00

Rimborso	Il rimborso del premio versato è previsto nel caso di esercizio del diritto di revoca della proposta o del recesso, al netto delle eventuali imposte sulle assicurazioni.
Sconti	Nobis Vita S.p.A. riconosce uno sconto di premio ai soli dipendenti dell'Impresa, compreso il coniuge/convivente ed i familiari: non applica caricamenti e diritti fissi.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	Non sono previste sospensioni delle coperture.

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

Revoca	E' possibile revocare la proposta contrattuale fino al momento della conclusione del contratto, inviando una lettera raccomandata alla Compagnia, o per il tarmite dell'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca la Compagnia provvede a rimborsare il premio eventualmente versato.
Recesso	E' possibile recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione inviando una lettera raccomandata alla Compagnia, o per il tarmite dell'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia rimborsa il premio versato al netto di eventuali imposte e delle spese di emissione indicate nella proposta di assicurazione.
Risoluzione	E' possibile risolvere il contratto, sospendendo il pagamento dei premi. L'interruzione del pagamento dei premi produce effetti negativi sul contratto: decadono le coperture assicurative ed i premi versati sono definitivamente acquisiti dalla Compagnia. Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi trenta giorni dalla data stabilita per il suo versamento, la risoluzione del contratto.

A chi è rivolto questo prodotto?

È un'assicurazione temporanea caso morte ed è rivolta a coloro che vogliano salvaguardare i propri cari in caso di prematura scomparsa o in caso di invalidità permanente. E' sottoscrivibile da Assicurati di età compresa tra 18 e 70 anni alla data di decorrenza del contratto ed età massima a scadenza non superiore a 75 anni.

Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio
I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia dall'importo del premio annuo.
Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici è esclusivamente a carico dell'Assicurato.
I costi gravanti sul premio sono rappresentati nella tabella che segue:

Costi di acquisizione, gestione ed incasso	
Cifra fissa	**Costi in percentuale**
2,5 Euro	15% del premio annuo al netto della cifra fissa

Entro il termine di sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata il Contraente può riattivare il contratto con il semplice pagamento delle rate arretrate aumentate degli interessi legali.
Entro il termine massimo di 12 mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata è consentita la riattivazione sempreché:
- Il Contraente ne faccia espressa richiesta;
- La Compagnia accetti. La Compagnia può subordinare detta accettazione all'esito di nuovi accertamenti sanitari che ritenga eventualmente opportuno richiedere.

Qualora il Contraente corrisponda il premio in rate sub-annuali, la Compagnia applica i costi di frazionamento rappresentati nella seguente tabella.

Rateazione del premio annuo	Costi di frazionamento
Mensile	3,50% del premio annuo
Trimestrale	3 % del premio annuo
Semestrale	2,50% del premio annuo

In caso di periodicità mensile le prime tre rate di premio devono essere versate unitariamente al momento della sottoscrizione

Costi per Assicurazione complementare
Il costo della garanzia complementare è pari ad 1 per mille sul capitale assicurato in caso di scelta della garanzia "Morte da infortunio" e dell'1,2 per mille in caso di scelta della garanzia "Morte da infortunio e morte da infortunio per incidente stradale".
Al premio calcolato come sopra indicato occorre applicare in aggiunta le imposte sul premio pari al 2,5% del premio stesso.

Costi per il riscatto
Non è previsto il riscatto.

Costi per l'erogazione della rendita
Non è prevista la possibilità di convertire il capitale in rendita.

Costi per l'esercizio delle opzioni
Non sono presenti opzioni contrattuali.

Costi di intermediazione
Nella Tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento con riferimento a ciascuna tipologia di costo.

Tipo costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli intermediari (quota parte dei costi)
Costi gravanti sui premi annui	Cifra fissa di 2,50 euro	0%
	15,00% del premio annuo (al netto della cifra fissa)	60%
Costi di frazionamento	2,50% o 3,00% o 3,50%	0%

Costi dei PPI
Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Valore di riscatto e riduzione	Non sono previste informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Richiesta di informazioni	Non si prevede la possibilità di richiedere valori di riscatto o riduzione in quanto non presenti.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: Nobis Vita S.p.A., viale Colleoni, 21 20864 Agrate Brianza MB – Italia – E-mail reclami@nobisvita.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: **ivass@pec.ivass.it** - Info su: **www.ivass.it**

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

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Le eventuali controversie di natura medica relative alle garanzie previste dal contratto, possono essere demandate, per iscritto, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici, competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito della Commissione Europea http://www.ec.europa.eu/fin-net.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	**Imposta sui premi** I premi relativi alla prestazione principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. I premi relativi alla prestazione complementare infortuni sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 2,5%. **Detraibilità fiscale dei premi** Le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo il rischio di morte e di invalidità permanente non inferiore al 5% danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge. Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, se soggetto diverso dal Contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo. **Tassazione delle somme assicurate** Le somme corrisposte dalla Compagnia in dipendenza di questo contratto sono esenti da imposizione fiscale. Se liquidate in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERE, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGERE ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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

NOBIS VITA S.p.A.
Sede Legale in Agrate Brianza 20864 (MB) - Viale Colleoni, 21 - Tel. 039.9890.100 Fax 039.6894.524 - www.nobisvita.it - PEC nobisvita@pec.it - Capitale Sociale € 33.704.000,00 i.v. - Iscrizione C.C.I.A.A. di Monza e Brianza: 2576434 - CF e P.IVA IT09028080159 - Iscrizione al reg. soc. del Tribunale di Milano: 276128/7103/28 - Iscritta al n. 1.00080 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni e della riassicurazione con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del 19/04/89 (G.U. della Repubblica Italiana del 19/05/89 n. 115) società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

Nobis Vita S.p.A. è network partner in Italia del gruppo Swiss Life di Zurigo

NOBIS VITA

Edizione giugno 2020

Condizioni Contrattuali di Assicurazione

Doppia Tutela

Assicurazione temporanea caso morte a premio annuo e capitale costante con prestazioni aggiuntive:
- Malattia Terminale
- Malattia Grave
- Esonero pagamento premi a seguito di Invalidità Totale Permanente

Data di validità delle Condizioni di Assicurazione: 4 giugno 2020

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO

Gentile Contraente,
in questa pagina è riportata una breve descrizione del prodotto.

Doppia tutela è una Polizza vita temporanea caso morte, che garantisce un capitale ai Beneficiari designati in caso di prematura scomparsa dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura.
La Polizza è a premio annuo e è possibile usufruire del pagamento di un importo minore di premio in caso l'Assicurato sia un NON FUMATORE.

Il prodotto permette di decidere liberamente:
- i beneficiari di Polizza;
- l'importo del capitale assicurato;
- la durata della copertura.

Doppia tutela prevede delle prestazioni aggiuntive alla principale a seconda dell'accadimento di determinati eventi che risultino rilevanti sullo stato di salute dell'Assicurato, quali:
- al momento di diagnosi di malattia terminale che comporti un'aspettativa di vita al più di sei mesi, confermata dal medico Fiduciario dell'Impresa, viene anticipato all'Assicurato il pagamento del capitale previsto in caso di decesso; tale copertura assicurativa si estingue un anno prima del termine della durata di operatività della garanzia in caso di decesso;
- nel caso di riconoscimento di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, si è esonerati dal pagamento dei premi successivi alla data di riconoscimento;
- nel caso in cui venga diagnosticato all'Assicurato un tumore al seno o alla prostata (Malattia Grave), viene anticipato un importo pari ad una percentuale predefinita del capitale previsto in caso di decesso.

E' possibile detrarre il Premio nella misura prevista dalla normativa in vigore.
Come previsto dalla normativa vigente, il capitale assicurato è impignorabile e insequestrabile, è escluso dall'asse ereditario e dal reddito imponibile ai fini IRPEF.
E' possibile aumentare la protezione, abbinando al contratto una garanzia complementare che prevede che il capitale assicurato sia raddoppiato in caso di decesso causato da Infortunio o triplicato se determinato da incidente stradale.
Il contratto prevede cause di esclusione e di limitazione della prestazione per il caso di decesso, secondo le modalità e nei limiti previsti dall'articolo 3 delle Condizioni di assicurazione della garanzia principale e, se prestata, della garanzia complementare.
Inoltre, per i capitali assicurati fino a 250.000,00 euro e semprechè l'età dell'Assicurato non sia superiore a 60 anni, il contratto è stipulato senza visita medica ma previa compilazione del questionario sanitario da parte dell'Assicurato, mentre per i capitali assicurati superiori a 250.000,00 euro, è necessario che l'Assicurato si sottoponga a visita medica e/o ad ulteriori accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa.

Il prodotto può essere sottoscritto a partire dai 18 anni di età e fino ai 70 anni. L'età massima alla fine della copertura è di 75 anni.
Richiamiamo, infine, l'attenzione sul fatto che il presente contratto non prevede l'esercizio del diritto di riscatto e non riconosce un valore di riduzione.

Per chiarimenti o per una consulenza qualificata sulle esigenze assicurative è sempre possibile contattare il proprio agente o l'Impresa di Assicurazione.

Sommario

GLOSSARIO		3
CONDIZIONI CONTRATTUALI DI ASSICURAZIONE		5
1	**CHE COSA E' ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI**	5
	1.1 - Oggetto del contratto	5
	1.2 - Prestazione Assicurazione principale	5
	1.3 - Garanzia complementare infortuni	6
2	**CHE COSA NON E' ASSICURATO?**	6
	2.1 - Persone non assicurabili	6
3	**CI SONO LIMITI DI COPERTURA?**	6
	3.1 - Valutazione del Rischio	6
	3.2 - Esclusioni: Assicurazione principale - Assicurazione complementare	7
	3.3 - Carenza per contratti senza rapporto di visita medica	8
	3.4 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali	9
4	**CHE OBBLIGHI HO? CHE OBBLIGHI HA L'IMPRESA?**	9
	4.1 - Dichiarazioni	9
	4.2 - Denuncia di accadimento dell'evento	9
	4.3 - Assicurazione complementare - Denuncia dell'infortunio e obblighi conseguenti	11
	4.4 - Cambiamento di professione dell'Assicurato	11
	4.5 - Perdita dello stato di non fumatore	11
	4.6 - Verifica dello stato di non fumatore in caso di morte dell'Assicurato	11
	4.7 - Pagamenti dell'Impresa	12
5	**QUANDO E COME DEVO PAGARE?**	12
	5.1 - Piano versamento dei premi	12
	5.2 - Assicurazione complementare - Premio	12
	5.3 - Mezzi di versamento dei premi	12
	5.4 - Interruzione del piano dei versamenti di premio: risoluzione	13
	5.5 - Ripresa del piano dei versamenti di premio: riattivazione	13
6	**QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?**	13
	6.1 - Durata del contratto	13
	6.2 - Conclusione ed entrata in vigore del contratto	13
	6.3 - Assicurazione complementare - Estinzione della garanzia	13
7	**COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA O RECEDERE DAL CONTRATTO?**	13
	7.1 - Revoca e recesso del contratto	13
8	**QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?**	14
	8.1 - Costi	14
9	**SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI?** ☐ **SÌ** ☒ **NO**	14
10	**ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI**	14
	10.1 - Beneficiari delle prestazioni	14
	10.2 - Cessione e Vincolo	14
	10.3 - Non pignorabilità e non sequestrabilità	14
	10.4 - Prescrizione	14
	10.5 - Collegio Arbitrale	14
	10.6 - Imposte e Tasse	15
	10.7 - Foro Competente	15
	10.8 - Rinvio alle norme di legge	15
INFORMATIVA PRIVACY		16
PROCEDURA PREVENZIONI RISCHIO RICICLAGGIO E FINANZIAMENTO AL TERRORISMO		18
Allegato 1 - Documentazione richiesta per ogni evento di liquidazione		20

Modulo di Proposta

NOTA BENE: nel testo sono evidenziati in grigio gli aspetti da leggere attentamente

GLOSSARIO

ASSICURATO
Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto e 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 dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso, e che riceve la prestazione prevista dal contratto qualora si verifichi l'evento assicurato.

CARENZA
Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione sono sospese e quindi non sono efficaci. Il periodo di Carenza intercorre dal momento della stipulazione del contratto e può essere di sei mesi o di 5 anni. Qualora l'evento assicurato si verifichi in tale periodo l'Impresa non corrisponde la prestazione assicurata o corrisponde una prestazione inferiore.

CARICAMENTO
Parte del Premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'Impresa.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

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 dei premi all'Impresa.

COSTI (O SPESE)
Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dall'Impresa.

DECORRENZA
Momento in cui il contratto produce i suoi effetti e le garanzie diventano efficaci, previo pagamento del Premio. La data di Decorrenza è indicata nella Proposta di assicurazione e nella Polizza.

DOCUMENTO DI POLIZZA (O LETTERA DI CONFERMA)
Documento cartaceo attestante l'esistenza del contratto di assicurazione.

DURATA CONTRATTUALE
Periodo durante il quale il contratto è efficace.

ESCLUSIONI
Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dall'Impresa.

ETÀ COMPUTABILE
Età determinata trascurando le frazioni d'anno fino a sei mesi ed arrotondando per eccesso ad un anno intero le frazioni d'anno superiori a sei mesi.

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

IVASS
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP.

PERIODO DI INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEL PREMIO
Periodo che decorre dal 31° giorno successivo al mancato pagamento del Premio annuo fino a che il Contraente non provveda all'eventuale ripresa del pagamento del Premio annuo.

PREMIO ANNUO
Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione a fronte delle prestazioni assicurate.

PROPOSTA
Modulo sottoscritto dal contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta all'Impresa la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

RECESSO (O RIPENSAMENTO)
Diritto del Contraente di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione e farne cessare gli effetti.

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

RIATTIVAZIONE
Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini e secondo le modalità indicate nelle Condizioni di assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

SCADENZA
Data in cui cessano gli effetti del contratto.

SINISTRO
Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto (decesso dell'Assicurato) e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

SOVRAPPREMIO
Maggiorazione di Premio richiesta dall'Impresa 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 Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

1 CHE COSA E' ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI

1.1 - Oggetto del contratto

Doppia Tutela prevede un'assicurazione principale per la quale in caso di decesso dell'Assicurato, a fronte del versamento dei premi da parte del Contraente, Nobis Vita S.p.A. paghi ai beneficiari designati un capitale caso morte. L'assicurazione principale prevede anche una copertura in caso di malattia terminale, in caso di malattia grave e di esonero dal pagamento dei premi nel caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato.
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa in quanto i premi sono andati a coprire le garanzie offerte.

Assicurazione principale

1.2 - Prestazione

Decesso
Nobis Vita si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente nella Polizza, in caso di decesso dell'Assicurato prima della Scadenza contrattuale, un importo liquidabile pari al capitale assicurato. Il capitale minimo assicurabile non può essere inferiore a 20.000 Euro.
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla Scadenza contrattuale, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa ed i premi pagati restano acquisiti a quest'ultima.
Il capitale iniziale, qualora il contratto sia stato stipulato senza rapporto di visita medica e l'età dell'Assicurato alla decorrenza del contratto sia inferiore o uguale ad anni 60, non può essere superiore a 250.000 Euro, ridotto a 200.000 Euro qualora l'età dell'Assicurato, alla decorrenza del contratto, sia superiore ad anni 60 e inferiore o uguale ad anni 70.
Il capitale complessivo assicurato sulla vita di una stessa persona con uno o più contratti stipulati senza rapporto di visita medica con Nobis Vita non può superare i limiti sopra indicati.
In tutti gli altri casi il contratto può essere stipulato solo con rapporto di visita medica oltre che con eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dell'Assicurato.
Fast Help (anticipo di capitale): l'Impresa corrisponde al beneficiario una anticipazione della prestazione prevista in caso di decesso per qualsiasi causa, pari ad Euro 10.000, a condizione che sia trascorso il periodo di carenza indicato al successivo articolo 3.3 "Carenza per contratti senza rapporto di visita medica".
L'anticipazione della prestazione sarà corrisposta entro 7 giorni dalla data di ricezione della denuncia di sinistro, a condizione che:
- il beneficiario sia stato individuato nominativamente dal contraente;
- la denuncia di sinistro venga inviata all'Impresa entro 30 giorni dalla data di decesso dell'assicurato e sia corredata della seguente documentazione:
  - certificato di morte in originale o copia conforme all'originale;
  - codice IBAN del beneficiario.

In caso di designazione di più beneficiari, la prestazione viene suddivisa tra di loro in parti uguali.
Resta inteso che in caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, l'anticipazione della prestazione sarà decurtata dal capitale sotto rischio per decesso da qualsiasi causa; nel caso di sinistro non indennizzabile a termini di contratto, l'Impresa ha il diritto di chiedere la restituzione dell'anticipazione corrisposta.

Malattia Terminale
Accertato lo stato di malattia terminale, intesa come fase nella quale non esiste alcuna possibilità di impedire la progressione della malattia, Nobis Vita paga il capitale previsto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa richiesta ed eventuali integrazioni necessarie.
Le altre prestazioni principali previste dal contratto e le eventuali prestazioni complementari cessano una volta eseguito il pagamento previsto dalla presente garanzia.
Nel caso di mancato riconoscimento della malattia terminale, il Contraente è tenuto a proseguire il versamento dei premi relativi alla prestazione principale e alle eventuali prestazioni complementari per la durata prevista.

Malattia Grave
Le malattie gravi coperte sono il tumore al seno per le donne ed il tumore alla prostata per gli uomini. Alla diagnosi delle predette malattie, Nobis Vita corrisponde, entro trenta giorni a partire dalla data di ricevimento della documentazione medica, un importo pari al 5% del capitale assicurato in caso di decesso, con il massimo di 20.000,00 Euro.
Il pagamento di questa garanzia è previsto una volta in corso di contratto

Esonero pagamento premi a seguito di Invalidità Totale Permanente
Accertato l'infortunio o la malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza un'invalidità totale e permanente che non consenta lo svolgimento di una normale attività lavorativa o che sia comunque di grado superiore al 66%, il Contraente, in regola con il pagamento dei premi, viene esonerato dal pagamento dei premi residui.

Per Normale Attività Lavorativa si intende l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

Assicurazione complementare (facoltativa)

1.3 - Garanzia complementare infortuni
Doppia Tutela prevede la possibilità di abbinare all'assicurazione base principale una garanzia assicurativa complementare e specifica. In questa sezione vengono riportate le relative condizioni di assicurazione, applicabili laddove la garanzia complementare sia stata esplicitamente richiesta nel documento di proposta e richiamata nel documento contrattuale rilasciato dall'Impresa al perfezionamento del contratto.
Assicurazione in caso di "Morte per infortunio" o "Morte per infortunio o per infortunio conseguente ad incidente stradale".

Prestazioni assicurate
Per la copertura "Morte per Infortunio": in caso di decesso dell'assicurato per infortunio prima della scadenza contrattuale, l'Impresa garantisce ai beneficiari designati, il pagamento di un capitale pari al capitale assicurato in caso di decesso relativo alla garanzia principale con il massimo di Euro 250.000,00.
Per la copertura "Morte per Infortunio o per infortunio conseguente ad incidente stradale": in caso di decesso dell'assicurato per infortunio prima della scadenza contrattuale, l'Impresa garantisce ai beneficiari designati, il pagamento di un capitale pari al capitale assicurato che viene raddoppiato qualora l'infortunio mortale dell'assicurato sia conseguente ad incidente stradale con il massimo di Euro 500.000,00.
Agli effetti dell'assicurazione complementare, s'intende per:
- Infortunio un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza la sua morte e purché questa, quando non sia immediata, avvenga entro dodici mesi dall'Infortunio e la causa del decesso sia provata anatomopatologicamente;
- Infortunio conseguente ad incidente stradale quell'Infortunio cagionato da veicoli mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga su strade d'uso pubblico o su aree a queste equiparate nonché su aree private in cui l'Assicurato rimane vittima, che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza diretta la sua morte purché questa, quando non sia immediata, avvenga entro dodici mesi dall'Infortunio e la causa del decesso sia provata anatomopatologicamente.

Sono compresi in garanzia:
- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da inalazione, ingestione e assorbimento, per errore, di sostanze venefiche;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, l'annegamento, l'assideramento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le infezioni che siano diretta conseguenza di un Infortunio;
- gli Infortuni conseguenti a stati di malore o di incoscienza;
- gli Infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli Infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa nonché quelli sofferti dallo stesso - sempreché involontariamente coinvolto - in occasione di tumulti popolari, di aggressioni o di atti violenti, anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale.

2 CHE COSA NON E' ASSICURATO?

2.1 - Persone non assicurabili
Non sono assicurabili le persone che alla sottoscrizione del contratto hanno un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 70 anni e 6 mesi.

3 CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Assicurazione principale

3.1 - Valutazione del Rischio
Ai fini della corretta assunzione del rischio da parte dell'Impresa è necessario l'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante le informazioni contenute nel questionario sanitario, visita medica ed altri eventuali accertamenti sanitari. E' necessario inoltre valutare, l'attività svolta e sport praticati.
Nel caso in cui dalla documentazione prodotta emergano fattori di rischio rilevanti, l'Impresa si riserva la facoltà di:
- non accettare il rischio;
- accettarlo a condizioni particolari con l'applicazione di appositi sovrappremi o esclusioni di specifici rischi.

L'Impresa si impegna a comunicare all'Assicurato eventuali sovrappremi applicati o l'eventuale rifiuto del rischio.
Il costo degli accertamenti sanitari è a carico del Contraente/Assicurato.
L'Impresa terrà conto, per l'individuazione della somma complessiva sotto rischio, ai fini della documentazione

necessaria per la valutazione del rischio, delle eventuali altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato.
In particolare la documentazione sanitaria richiesta per l'assunzione del contratto è la seguente:

Capitale in euro	Età alla sottoscrizione		
	Fino ai 49 anni	**Dai 50 ai 59 anni**	**Oltre i 60 anni**
Fino a € 250.000,00	Questionario Sanitario	Questionario Sanitario	Questionario Sanitario; Visita medica; Esame urine
Da € 250.000,01 a € 500.000,00	In aggiunta: Visita Medica; Esame Urine; Sierologia virale; Esami ematochimici; ECG basale; PSA (maschi)	In aggiunta: Visita Medica; Esame Urine; Sierologia virale; Esami ematochimici; ECG basale; PSA (maschi)	In aggiunta: Sierologia virale; Esami ematochimici; ECG basale; PSA (maschi)
Da € 500.000,01 a €1.000.000,00	In aggiunta: AFP; CEA	In aggiunta: AFP; CEA	In aggiunta: Visita medica eseguita dal cardiologo; ECG basale; AFP; CEA
Oltre € 1.000.000,01	In aggiunta: ECG da sforzo massimale al cicloergometro; Ecocardiogramma; Test di cotinina urinaria; Ecografia addome completo	In aggiunta: ECG da sforzo massimale al cicloergometro; Ecocardiogramma; Test di cotinina urinaria; Ecografia addome completo	In aggiunta: ECG da sforzo massimale al cicloergometro; Ecocardiogramma; Test di cotinina urinaria; Ecografia addome completo

Nel caso di evidenza di eventuali patologie l'Impresa potrà richiedere ulteriori approfondimenti sanitari per meglio definire i termini di assumibilità del contratto.

3.2 - Esclusioni: Assicurazione principale - Assicurazione complementare
Sono escluse dalla copertura assicurativa principale e/o dalla copertura assicurativa complementare le seguenti cause di sinistro:
a) dolo del Contraente o dei Beneficiari;
b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
c) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi sia continuativa e persistente, il decesso è escluso dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;
d) conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all'Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva;
e) dall'uso, anche come passeggero:
   - di aeromobili in genere, fatta eccezione per il decesso dell'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti;
   - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
   - di aeromobili di aeroclubs;
   - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
f) da suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione del contratto;
g) da eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
h) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
i) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
l) da eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli esteri). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
m) stati di ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico si stupefacenti o di psicofarmaci;
n) movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
o) operazioni chirurgiche, accertamenti e trattamenti medici non resi necessari da infortunio;

p) imprese inusuali o temerarie (solo per Assicurazione complementare);
q) pratica delle professioni di: titolare o dipendente con lavoro manuale in cantiere edile o di sistemazione idraulica e/o vigile del fuoco (solo per Assicurazione complementare);
r) svolgimento di un'attività sportiva pericolosa sia a scopo ricreativo che agonistico, come attività alpinistiche (intese come diverse da semplici escursioni/trekking) con o senza guida, attività speleologiche con o senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei quali deltaplano, deltaplano a motore e parapendio, aliante e ultraleggeri, paracadutismo e tutti i tipi di skydiving, canoa e kayak su rapide in aree remote o su lunghe distanze, vela in caso di traversate transoceaniche o giri al mondo, rafting, slittino e guidoslitta, pugilato e arti marziali o lotta nelle sue varie forme, rugby, immersioni subacquee con autorespiratore se fatto al di sotto dei 40 metri di profondità , salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante, sport estremi (ad esempio, Base jumping, Bungee Jumping, Canyoning, Zorbing), sci fuori pista;
s) partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari, insurrezioni o risse, salvo i casi di legittima difesa;
t) malattie del sistema nervoso, disturbi mentali disturbi comportamentali, disturbi della personalità, disturbi dell'umore compresi anche gli stati paranoidi, le forme maniacodepressive e la schizofrenia;
u) svolgimento di un'attività professionale pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio. Sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive;
v) Carcinoma in situ o cancro in situ, displasia e tutte le condizioni pre-maligne (solo per Assicurazione principale);
z) Tumore della prostata, salvo che non sia progredito almeno alla categoria T2N0M0 della classificazione TNM (solo per Assicurazione principale).

Qualora l'Assicurato dichiari in sede di sottoscrizione della proposta di polizza di aver già sofferto in passato di una qualsiasi forma tumorale (diagnosticata come benigna e/o maligna), limitatamente al seno e alla prostata, anche se risolta senza alcuna complicazione, la copertura assicurativa "Malattia grave" non è operativa pertanto è esclusa dalla prestazione principale.

3.3 - Carenza per contratti senza rapporto di visita medica

Decesso
Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempreché l'Impresa non ritenga indispensabile la sottoposizione dello stesso agli accertamenti sanitari), viene applicato un periodo di Carenza di 6 mesi dalla data di perfezionamento del contratto, durante il quale l'Impresa non garantisce la prestazione assicurata, ma si limita - al verificarsi dell'evento assicurato - a restituire i premi versati al netto delle imposte relative all'eventuale copertura complementare.
L'Impresa corrisponde integralmente la prestazione assicurata solo nel caso in cui, durante il periodo di Carenza, il decesso avvenga per conseguenza diretta:
a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto;
c) di Infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per Infortunio (fermo quanto disposto al punto 2.1 Esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Il periodo di Carenza si estende a 5 anni dalla data di perfezionamento del contratto qualora il decesso sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS).
In particolare, nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica (ed agli esami clinici richiesti dall'Impresa e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività) ed il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento del contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà corrisposto. In suo luogo, qualora il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi, sarà corrisposta una somma pari ai premi versati al netto delle eventuali imposte relative alle coperture complementari.
L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purchè presenti in Impresa il rapporto di visita medica predisposto dall'Impresa stessa.
Qualora l'importo assicurato sia pari o inferiore a 500.000 euro, il rapporto di visita medica può essere compilato dal medico di famiglia; in caso di importo superiore a 500.000 euro l'Assicurato deve in ogni caso sottoporsi alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa e pertanto la copertura assicurativa è immediatamente operante (assenza di Carenza).
Qualora l'Assicurato accetti di sottoporsi preventivamente a visita medica, non viene applicato il suddetto periodo di Carenza di 6 mesi.

Malattia Terminale
La carenza e le delimitazioni del rischio per la garanzia "Malattia Terminale" sono le medesime della prestazione in caso di decesso.

Invalidità Totale e Permanente
Le condizioni di carenza per la garanzia "Invalidità Totale Permanente sono le medesime della prestazione in caso di decesso.

Malattia Grave
Le condizioni di Carenza e delimitazioni del rischio per la garanzia "Malattie Gravi" sono le medesime della garanzia per "Invalidità Totale Permanente".

3.4 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali

Nobis Vita S.p.A. non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa o il pagamento della prestazione espone Nobis Vita S.p.A. a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

4 CHE OBBLIGHI HO? CHE OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

4.1 - Dichiarazioni

Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare all'Impresa le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.
In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che l'Impresa non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, l'Impresa stessa ha diritto:
A) in presenza di dolo o colpa grave
- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso, nella forma assicurativa a premio annuo, al premio convenuto per il primo anno.

B) in assenza di dolo o colpa grave
- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base alla data di nascita effettiva, del capitale assicurato.
Qualora l'Assicurato, che in sede di sottoscrizione della proposta si è dichiarato "non fumatore", inizi o ricominci a fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), anche sporadicamente, deve darne comunicazione scritta all'Impresa entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a Nobis Vita S.p.A, Viale Colleoni, 21 20864 Agrate Brianza MB (Italia) oppure all'indirizzo PEC nobisvita@pec.it .

L'Impresa, al ricevimento della comunicazione, provvede a ricalcolare il capitale assicurato in base al premio corrisposto inizialmente ed ai tassi di tariffa che sarebbero stati utilizzati alla stipula per il caso di Assicurato "fumatore".

Il Contraente si impegna a comunicare entro i 30 giorni a Nobis Vita il trasferimento di residenza, domicilio o di sede in un altro Stato membro dell'Unione Europea. L'inosservanza di tale obbligo rende il Contraente responsabile per ogni eventuale danno causato a Nobis Vita, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza/domicilio.
Nel corso di tutta la durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare in forma scritta tempestivamente a Nobis Vita qualsiasi cambiamento di circostanza che possa incidere sulle dichiarazioni fornite al momento della sottoscrizione. Nobis Vita è tenuta ad effettuare per tempo le comunicazioni ai sensi della normativa vigente.

4.2 - Denuncia di accadimento dell'evento

In caso di accadimento dell'evento assicurato devono essere preventivamente consegnati all'Impresa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.
Il Contraente e/o gli aventi diritto e/o gli intestatari del conto corrente di accredito sono tenuti a consegnare all'Impresa i seguenti documenti:

In caso di decesso
- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando

sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento e contenente.

In presenza di testamento
- nel caso in cui il Contraente coincida con l'Assicurato, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
- nel caso in cui il Contraente sia diverso dall'Assicurato e i Beneficiari designati siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento dell'Assicurato completo degli allegati previsti;
- l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari designati siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari).

In assenza di testamento
- le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).

Per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.
- dichiarazione unanime da parte degli eredi legittimi indicante se la ripartizione deve essere fatta in parti uguali o secondo le regole della successione legittima; in caso di mancato accordo l'Impresa liquiderà la prestazione in base alle quote della successione legittima;
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente.

Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari, l'Impresa si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

L'Impresa, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).
Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.
Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, l'Impresa non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

In caso di stato di malattia terminale
- richiesta di liquidazione attraverso un apposito modulo redatto e firmato da un medico che attesti la diagnosi di malattia terminale, corredandolo con la relativa documentazione sanitaria, trasmesso mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Nobis Vita S.p.A, Viale Colleoni, 21 20864 Agrate Brianza MB oppure .all'indirizzo PEC nobisvita@pec.it.

Nella fase di accertamento dell'avvenuta diagnosi di malattia terminale da parte dell'Impresa, il Contraente o l'Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dall'Impresa, ai fini del predetto accertamento.
L'Impresa, infine, si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia terminale con propri medici di fiducia.
Dopo aver ricevuto i documenti probatori che attestano la diagnosi di malattia terminale, dopo aver compiuto gli accertamenti necessari e dopo aver ricevuto il modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della Clientela debitamente compilato e sottoscritto dai Beneficiari di polizza e/o aventi diritto, l'Impresa corrisponde ai Beneficiari il capitale assicurato. Il pagamento di tale capitale è effettuato dall'Impresa entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.
La denuncia va accompagnata dal parere del medico ed inviata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Nobis Vita S.p.A, Viale Colleoni, 21 20864 Agrate Brianza MB oppure all'indirizzo PEC nobisvita@pec.it.

In caso di presunta invalidità totale e permanente
- copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri presso ospedali, cliniche o case di cura, riferiti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato;
- certificato attestante l'invalidità totale e permanente rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto, con indicazione del grado di invalidità e completo di documentazione presentata per il rilascio;
- ogni ulteriore documentazione che l'Impresa ritenga opportuno richiedere per l'accertamento dell'invalidità totale e permanente.

Successivamente all'accertamento dello stato di invalidità totale permanente, l'Impresa provvede ad erogare la garanzia stabilita.

In caso di diagnosi di tumore
La denuncia della malattia deve avvenire entro 60 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia possa interessare la copertura assicurativa prestata.
La denuncia va accompagnata dal parere del medico ed inviata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a Nobis Vita S.p.A, Viale Colleoni, 21 20864 Agrate Brianza MB (Italia) oppure all'indirizzo PEC nobisvita@pec.it .

Ai fini dell'accertamento da parte dell'Impresa del tumore, l'Assicurato dovrà produrre la seguente documentazione:
- copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri presso ospedali, cliniche o case di cura, riferiti alla malattia oggetto della garanzia;
- relazione medica contenente la storia clinica completa dell'Assicurato, l'indicazione di quando sono sorti gli eventuali primi sintomi, l'indicazione della diagnosi e corredata di referti di esami specialistici, se esistenti;
- ogni ulteriore documentazione che l'Impresa ritenga opportuno richiedere per l'accertamento della malattia oggetto della garanzia.

Nella fase di accertamento dell'avvenuta diagnosi di tumore da parte dell'Impresa, il Contraente o l'Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dall'Impresa , ai fini del predetto accertamento.
L'Impresa, infine, si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi di tumore con propri medici di fiducia.
Una volta accertata e riconosciuta la malattia oggetto della copertura e quindi il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il periodo di qualificazione di cui al precedente Art. 9.1, l'Impresa corrisponde la relativa prestazione assicurata.

4.3 - Assicurazione complementare - Denuncia dell'infortunio e obblighi conseguenti
Fatta salva la documentazione richiesta per l'assicurazione principale e indicata all'allegato 1, al verificarsi del decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio, gli aventi diritto devono darne avviso all'Impresa mediante richiesta scritta (raccomandata) indirizzata a Nobis Vita S.p.A., Viale Colleoni 21 20864 Agrate Brianza MB (Italia), oppure via PEC all'indirizzo nobisvita@pec.it, entro 15 giorni dall'evento o dal momento in cui i medesimi ne abbiano avuto la possibilità.
La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'Infortunio e comprovare che il decesso è conseguenza dell'Infortunio stesso.
Se è intervenuto un medico, un suo certificato deve essere aggiunto alla denuncia.
Gli aventi diritto dovranno inoltre consentire all'Impresa lo svolgimento delle indagini ed autorizzare i medici, intervenuti dopo l'Infortunio, a fornire le ulteriori informazioni che fossero richieste.

4.4 - Cambiamento di professione dell'Assicurato
I cambiamenti di professione o di attività dell'Assicurato, devono essere comunicati all'Impresa con lettera raccomandata A.R. indirizza a Nobis Vita S.p.A., Viale Colleoni, 21 20864 Agrate Brianza MB (Italia) oppure all'indirizzo PEC nobisvita@pec.it .e l'Impresa, entro 15 giorni dalla ricezione della stessa, deve dichiarare se intende far cessare gli effetti del contratto ovvero ridurre la somma assicurata o elevare il Premio ai sensi e per gli effetti dell'art. 1926 del C.C.
Qualora i cambiamenti di professione siano di tale natura che, se il nuovo stato di cose fosse esistito all'atto della stipula, l'Impresa avrebbe consentito l'assicurazione per un Premio più elevato, il pagamento della somma assicurata è ridotto in proporzione del Premio convenuto in confronto di quello che sarebbe stato stabilito ovvero viene elevato a Premio.
Se l'Impresa dichiara di voler modificare il contratto (elevando il Premio o riducendo la somma assicurata), l'Assicurato, entro 15 giorni dalla ricezione della comunicazione/dichiarazione dell'Impresa, deve dichiarare se intende accettare la proposta, in caso di mancata accettazione della stessa il contratto è risolto, salvo il diritto dell'Impresa al premio relativo al periodo di assicurazione in corso.
La mancata comunicazione del cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato comporta l'applicazione di quanto previsto dal precedente punto 3.1 relativamente alle dichiarazioni inesatte e reticenti.

4.5 - Perdita dello stato di non fumatore
Nel caso di modifica dello stato tabagico dell'Assicurato, intervenuta nel corso della durata contrattuale, il Contraente e l'Assicurato sono tenuti a darne informazione all'Impresa a mezzo di lettera raccomandata. L'Impresa, ricevuta la comunicazione del fatto che l'Assicurato ha iniziato, o ricominciato, a fumare provvederà a ricalcolare il premio annuo dovuto per Assicurati fumatori determinato in base all'età e alla durata fissate alla decorrenza del contratto.
L'Impresa prenderà atto di tale passaggio di stato mediante appendice indicando il nuovo premio che sarà dovuto a partire dalla rata successiva alla comunicazione.

4.6 - Verifica dello stato di non fumatore in caso di morte dell'Assicurato
Fermo restando l'obbligo di comunicare la perdita dello stato di non fumatore, di cui al precedente articolo, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, l'Impresa si riserva il pieno diritto di procedere alla

verifica dell'effettiva permanenza dello stato di non fumatore dell'Assicurato. A tal fine i Beneficiari, per poter ricevere il capitale assicurato, sono tenuti a fornire ogni dichiarazione e certificazione richiesta (rilasciata dal medico curante, da altre persone, da ospedali, case di cura, gabinetti di analisi e istituti in genere, in grado di fornire notizie sul comportamento dell'Assicurato relativamente al fumo).
Il riscontro di un diverso comportamento rispetto all'abitudine di fumare dell'Assicurato può comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

4.7 - Pagamenti dell'Impresa

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria presso la propria sede (ovvero dalla data di ricevimento presso la rete di vendita, se anteriore).
L'Impresa pagherà mediante accredito sul conto corrente intestato o cointestato agli aventi diritto salvo il caso di pagamenti effettuati ai legali rappresentanti di aventi diritto minori o incapaci.
Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte dell'Impresa, il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti a comunicare all'Impresa le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) su cui devono essere effettuati i pagamenti.
Decorso il termine dei 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto.
Gli interessi sono calcolati a partire dal giorno in cui l'Impresa è entrata in possesso della documentazione completa.

5 QUANDO E COME DEVO PAGARE?

5.1 - Piano versamento dei premi

Doppia Tutela prevede il versamento di una successione di premi annui di importo costante, per tutta la durata del contratto, il primo alla conclusione del contratto ed i successivi ad ogni ricorrenza anniversaria che precede la data di scadenza o di decesso.
Il premio annuo è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare del capitale assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, all'abitudine al fumo dell'Assicurato, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.
Ai fini del presente contratto, si intende per non fumatore l'Assicurato che non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta. Lo stato di non fumatore deve essere attestato dalla sottoscrizione della specifica dichiarazione presente nel modulo di proposta.

Il premio è comprensivo dei costi previsti dal contratto e delle imposte di legge previste per la prestazione complementare infortuni, se sottoscritta.
A richiesta del Contraente è consentito corrispondere il premio in rate mensili, trimestrali e semestrali con applicazione di interessi di frazionamento pari, rispettivamente, al 3,50%, 3,00% e al 2,50% del premio annuo. Le rate di premio minimo sono riportate nella seguente tabella:

Frazionamento	Importo minimo rata di premio
Annuale	Euro 90,00
Semestrale	Euro 60,00
Trimestrale	Euro 30,00
Mensile	Euro 25,00

5.2 - Assicurazione complementare - Premio

Le prestazioni assicurative sono garantite previo pagamento all'Impresa, da parte del Contraente, di un Premio, comprensivo delle imposte, da versarsi in via anticipata ed alle scadenze pattuite.
Il pagamento del Premio viene effettuato congiuntamente al pagamento del Premio relativo alla garanzia principale, all'atto della sottoscrizione della Proposta di assicurazione e per tutta la durata dello stesso, con le medesime norme stabilite per la garanzia principale.
Il costo della garanzia complementare è pari ad 1 per mille sul capitale assicurato in caso di scelta della garanzia "Morte da infortunio" e dell'1,2 per mille in caso di scelta della garanzia "Morte da infortunio o da incidente stradale".
Al premio calcolato come sopra indicato occorre applicare in aggiunta le imposte sul premio pari al 2,5% del premio stesso.

5.3 - Mezzi di versamento dei premi

Il pagamento del premio, alla sottoscrizione del contratto e alle rate successive può essere effettuato tramite:
- bonifico bancario (specificando obbligatoriamente come causale Numero di proposta / Cognome e Nome del Contraente) accreditando l'importo sul conto dell'Impresa;
- assegno, recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa;
- ogni altro mezzo di pagamento indicato dall'Impresa.

In caso di periodicità mensile le prime tre rate di premio devono essere versate unitariamente al momento della sottoscrizione.
Il pagamento del premio delle rate successive alla prima può essere effettuato anche tramite SDD (Sepa Direct Debit).

Non è possibile il pagamento del premio in contanti.

5.4 - Interruzione del piano dei versamenti di premio: risoluzione
Il mancato pagamento del premio o anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 5.5 (Ripresa del piano dei versamenti di premio: riattivazione), la risoluzione del contratto.
Qualora il decesso dell'Assicurato si verifichi durante il suddetto Periodo di interruzione del pagamento del premio, la prestazione da parte dell'Impresa non è dovuta.
A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che l'Impresa non gli abbia inviato avvisi di Scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

5.5 - Ripresa del piano dei versamenti di premio: riattivazione
Nel caso in cui sia stato interrotto il pagamento dei premi, entro sei mesi dalla data di interruzione del pagamento premi il Contraente ha comunque facoltà di riattivare il contratto.
La Riattivazione è possibile previa corresponsione di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi legali calcolati in funzione del periodo di tempo intercorso tra le rispettive date di Scadenza del pagamento del premio e la data di ripresa del versamento del premio. Entro il termine massimo di 12 mesi dalla data di interruzione del pagamento dei premi, la Riattivazione può avvenire solo dietro espressa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta dell'Impresa, che si riserva di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere in merito alla possibilità di Riattivazione.
La Riattivazione del contratto, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina con effetto dalle ore 24 del giorno del versamento dell'importo dovuto (premi arretrati e eventuali interessi legali) la copertura assicurativa con le prestazioni di cui all'art.1.
Qualora nel periodo di interruzione del pagamento del premio si verifichi il decesso dell'Assicurato, il Contraente o i suoi eredi non possono corrispondere i premi arretrati per riattivare il contratto e nulla è dovuto da parte dell'Impresa. In caso di mancato pagamento dei premi e qualora non venga effettuata da parte del Contraente la Riattivazione nei termini sopraindicati, il contratto si intende definitivamente risolto e i premi versati restano definitivamente acquisiti all'Impresa.

6 QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

6.1 - Durata del contratto
La durata del contratto non può essere inferiore a 2 anni né superiore a 30 anni tenendo conto che l'età dell'Assicurato alla Decorrenza del contratto deve essere almeno pari a 18 anni e alla Scadenza contrattuale non superiore a 75 anni.
L'età considerata è, in tutti i casi, l'età computabile.

6.2 - Conclusione ed entrata in vigore del contratto
Il Contraente prende atto che l'Impresa è libera di accettare o meno la Proposta di assicurazione, secondo le modalità di seguito specificate. In caso di accettazione della proposta il contratto si intenderà concluso e produrrà i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno indicato nella Proposta quale data di Decorrenza, a condizione che sia stato corrisposto il premio, o dalla data di incasso di quest'ultimo qualora successivo alla data di Decorrenza indicata in proposta, fatti salvi gli eventuali periodi di Carenza della copertura assicurativa previsti al pargrafo "Carenza per contratti senza rapporto di visita medica" delle presenti Condizioni di assicurazione.
L'Impresa darà prontamente avviso al Contraente dell'avvenuta conclusione del contratto, inviando apposita comunicazione scritta (Lettera di Conferma)
Il contratto sarà costituito dalla Proposta di assicurazione, dai documenti in essa richiamati, dalla comunicazione di avvenuta conclusione del contratto.
In caso di mancata accettazione della Proposta di assicurazione, l'Impresa ne darà comunque comunicazione al Contraente e provvederà entro 30 giorni dalla comunicazione di mancata accettazione dell'Impresa alla restituzione delle somme eventualmente versate.

6.3 - Assicurazione complementare - Estinzione della garanzia
La garanzia complementare si estingue:
- in caso di mancato versamento del Premio, per qualsiasi motivo salvo Riattivazione da parte del Contraente;
- alla Scadenza contrattuale;
- alla Scadenza dell'annualità di Premio più vicina al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.

7 COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA O RECEDERE DAL CONTRATTO?

7.1 - Revoca e recesso del contratto
La Proposta di assicurazione potrà essere revocata dal Contraente fino al ricevimento della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto (Lettera di Conferma), mediante comunicazione scritta all'Impresa contenente gli elementi identificativi della proposta, da inviarsi a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a: Nobis Vita S.p.A., Viale Colleoni 21 20864 Agrate Brianza MB (Italia) oppure all'indirizzo PEC nobisvita@pec.it .
Le somme versate dal Contraente verranno restituite dall'Impresa entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.
Entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto medesimo, mediante comunicazione scritta all'Impresa contenente gli elementi identificativi del contratto, da inviarsi a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a: Nobis Vita S.p.A., Viale Colleoni 21 20864 Agrate Brianza MB (Italia) oppure all'indirizzo PEC nobisvita@pec.it .

Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e l'Impresa da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto con Decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.
Entro 30 giorni dal ricevimento della predetta comunicazione di recesso l'Impresa è tenuta a rimborsare al Contraente il Premio da questi corrisposto al netto: delle eventuali imposte, della parte di Premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

8 QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

8.1 - Costi
Su ciascun premio annuo gravano i seguenti costi al netto degli interessi di frazionamento in caso di rateizzo:

Tipologia di Costo	Misura costo
Caricamento	15% del premio annuo
Cifra fissa	Euro 2,50

9 SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI? ☐ SÌ ☒ NO
Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.
In caso di interruzione del versamento dei premi, il contratto può essere riattivato nei termini previsti dal precedete articolo "Ripresa del piano dei versamenti di premio: riattivazione".

10 ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

10.1 - Beneficiari delle prestazioni
L'Assicurato è il Beneficiario della prestazione "Malattia Grave".
Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare e modificare tale designazione, come previsto dall'art. 1921 del codice civile.
La designazione dei Beneficiari e le eventuali revoche e modifiche di essa devono essere comunicate per iscritto all'Impresa.
Revoche e modifiche sono efficaci, tuttavia, anche se contenute nel testamento del Contraente, purché la relativa clausola faccia espresso riferimento alle polizze vita o sia specificamente attributiva delle somme con tali polizze assicurate.
La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata dal Contraente o dai suoi eredi nei seguenti casi (art. 1921 del codice civile):
- dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto all'Impresa, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto per la liquidazione delle prestazioni, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto all'Impresa di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi, le operazioni di vincolo di Polizza, richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.
Ai sensi dell'art. 1920 del codice civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti dell'Impresa.
Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

10.2 - Cessione e Vincolo
Il Contraente può cedere ad altri il contratto o vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui l'Impresa ne faccia annotazione sul documento di Polizza o su apposita appendice, che diviene parte integrante del contratto.

10.3 - Non pignorabilità e non sequestrabilità
Nei limiti di legge le somme dovute da Nobis Vita S.p.A. al contraente o al beneficiario non possono essere pignorate né sequestrate.

10.4 - Prescrizione
Ai sensi dell'art. 2952 codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.
Qualora i Beneficiari non richiedano entro il predetto termine di prescrizione la liquidazione della prestazione, l'importo viene devoluto dall'Impresa al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

10.5 - Collegio Arbitrale
Le eventuali controversie di natura medica relative alle coperture assicurative previste dal contratto, possono essere demandate, per iscritto, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.
Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici, competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.
Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà

delle spese e competenze per il terzo medico.
E' fatto salvo il diritto delle parti di adire le vie giudiziali ordinarie.

10.6 - Imposte e Tasse
Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari.

10.7 - Foro Competente
Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui il Contraente (o l'Assicurato, o il Beneficiario) ha la residenza o ha eletto domicilio.

10.8 - Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

NOBIS VITA S.p.A.
Sede Legale in Agrate Brianza 20864 (MB) - Viale Colleoni, 21 - Tel. 039.9890.100 Fax 039.6894.524 - www.nobisvita.it - PEC nobisvita@pec.it - Capitale Sociale € 33.704.000,00 i.v. - Iscrizione C.C.I.A.A. di Monza e Brianza: 2576434 - CF e P.IVA IT09028080159 - Iscrizione al reg. soc. del Tribunale di Milano: 276128/7103/28 - Iscritta al n. 1.00080 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni e della riassicurazione con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del 19/04/89 (G.U. della Repubblica Italiana del 19/05/89 n. 115) società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

Nobis Vita S.p.A. è network partner in Italia del gruppo Swiss Life di Zurigo

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)

TITOLARE DEL TRATTAMENTO
NOBIS VITA S.p.A.
Via Colleoni 21, 20864, Agrate Brianza MB, Italia
indirizzo e-mail info.vita@nobis.it,
(**"Società"**).

RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DATI (DPO)
P4i - PARTNERS4INNOVATION s.r.l.
Indirizzo e-mail dpo@nobis.it

CATEGORIE DI DATI PERSONALI TRATTATI
• Nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza, numero del documento d'identità, sesso, contatti telefonici, titolo di studio, IBAN (dati "**comuni**");
• dati relativi alla salute (**categorie particolari di dati**, ex dati "**sensibili**").

FONTE DEI DATI
I dati sono raccolti, oltre che direttamente presso l'interessato (direttamente da lui forniti), anche da Società del Gruppo, intermediari o broker assicurativi che lavorano per la Società.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO	BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO	PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI
Consentire la gestione ed esecuzione del rapporto contrattuale in relazione ai servizi assicurativi offerti (attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione, valutazione del rischio assicurato e gestione o liquidazione dei sinistri, ecc.)	Esecuzione di un contratto di cui Lei è parte.	**Durata contrattuale e, dopo la cessazione, per il periodo di prescrizione ordinario pari a 10 anni.** **Nel caso di contenzioso giudiziale, per tutta la durata dello stesso, fino all'esaurimento dei termini di esperibilità delle azioni di impugnazione.**
Adempiere ad obblighi previsti da regolamenti e dalla normativa nazionale e sovranazionale applicabile.	Necessità di assolvere gli obblighi di legge.	
Se necessario, per accertare, esercitare o difendere i diritti del Titolare in sede giudiziaria	Interesse legittimo.	
Recupero crediti stragiudiziale	Interesse legittimo.	
Marketing generico: a titolo esemplificativo, invio - con modalità automatizzate di contatto (come sms, mms ed e-mail) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) - di comunicazioni promozionali e commerciali relative a servizi/prodotti offerti dalla Società nonché realizzazione di studi di mercato.	Consenso (facoltativo e revocabile in qualsiasi momento).	fino a revoca consenso o fine vita del cliente
Marketing profilato: analisi delle Sue preferenze, abitudini, scelte di acquisto, interessi al fine di inviarle comunicazioni commerciali personalizzate/ effettuare azioni promozionali mirate.	Consenso (facoltativo e revocabile in qualsiasi momento).	fino a revoca consenso o fine vita del cliente
Marketing di terzi facenti parte del Gruppo Nobis (l'elenco completo delle società è disponibile sul sito www.nobis.it)	Consenso (facoltativo e revocabile in qualsiasi momento).	fino a revoca consenso o fine vita del cliente
Marketing di terzi non facenti parte del Gruppo Nobis ed appartenenti a tutte le categorie merceologiche.	Consenso (facoltativo e revocabile in qualsiasi momento).	fino a revoca consenso o fine vita del cliente.

Decorsi i termini di conservazione sopra indicati, i Dati saranno distrutti, cancellati o resi anonimi, compatibilmente con le procedure tecniche di cancellazione e backup.

OBBLIGATORIETÀ DEL CONFERIMENTO DEI DATI
Fatta eccezione per i dati di navigazione, necessari per dar corso ai protocolli informatici e telematici, il conferimento dei dati personali da parte degli utenti è libero e facoltativo. Tuttavia, il mancato conferimento dei dati stessi comporterà l'impossibilità di poter procedere alle richieste inoltrate o che l'utente intende inoltrare.
La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

DESTINATARI DEI DATI
I dati possono essere trattati da soggetti esterni operanti in qualità di titolari quali, a titolo esemplificativo, IVASS; COVIP e CONSAP, Agenzia delle Entrate, medici fiduciari e autorità ed organi di vigilanza e controllo ed in generale soggetti, pubblici o privati, legittimati a richiedere i dati.
I dati possono altresì essere trattati, per conto della Società, da soggetti esterni designati come responsabili, a cui sono impartite adeguate istruzioni operative. Tali soggetti sono essenzialmente ricompresi nelle seguenti categorie:
a. società che offrono servizi di coassicurazione, riassicurazione;
b. broker, consulenti valutatori;
c. società che offrono servizi di invio e-mail;
d. società che offrono servizi di manutenzione del sito web;
e. società che offrono supporto nella realizzazione di studi di mercato.

SOGGETTI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO
I dati potranno essere trattati dai dipendenti delle funzioni aziendali deputate al perseguimento delle finalità sopra indicate, che sono stati espressamente autorizzati al trattamento e che hanno ricevuto adeguate istruzioni operative.

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI IN PAESI NON APPARTENENTI ALL'UNIONE EUROPEA
Non sono previsti trasferimenti di dati fuori dall'Unione Europea.

DIRITTI DELL'INTERESSATO - RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO
Contattando NOBIS VITA via e-mail all'indirizzo info.vita@nobis.it, gli interessati possono chiedere al titolare l'accesso ai dati che li riguardano, la loro cancellazione, la rettifica dei dati inesatti, l'integrazione dei dati incompleti, la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 GDPR, nonché l'opposizione al trattamento, per motivi connessi alla propria situazione particolare, nelle ipotesi di legittimo interesse del titolare.
Gli interessati, inoltre, nel caso in cui il trattamento sia basato sul consenso o sul contratto e sia effettuato con strumenti automatizzati hanno il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati, nonché, se tecnicamente fattibile, di trasmetterli ad altro titolare senza impedimenti.
Gli interessati hanno il diritto di revocare il consenso prestato in qualsiasi momento per finalità di marketing e/o di profilazione, nonché di opporsi al trattamento dei dati per finalità di marketing, compresa la profilazione connessa al marketing diretto. Resta ferma la possibilità per l'interessato che preferisca essere contattato per la suddetta finalità esclusivamente tramite modalità tradizionali, di manifestare la sua opposizione solo alla ricezione di comunicazioni attraverso modalità automatizzate.
Gli interessati hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente nello Stato membro in cui risiedono abitualmente o lavorano o dello Stato in cui si è verificata la presunta violazione.

Persone Politicamente Esposte

Ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera dd) del D.Lgs 21 novembre 2007, n. 231, rientrano nella categoria di persona politicamente esposta le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1) Sono persone fisiche che occupano o hanno occupano importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di
   a. Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati Esteri;
   b. deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
   c. membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
   d. giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
   e. membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
   f. ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle Forze Armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
   g. componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato Italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
   h. direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
   i. direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali.
2) Sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
3) Sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
   a. Le persone fisiche legate alla persona politicamente sposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
   b. Le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Obblighi di astensione

(D.Lgs 231/2007, Articolo 23)

Quando gli enti o le persone soggette al Decreto non sono in grado di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela, non possono instaurare il rapporto continuativo ne eseguire operazioni o prestazioni professionali ovvero pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere e valutano se effettuare una segnalazione alla UIF, a norma del Titolo II, Capo III del Decreto. Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente a rapporti continuativi già in essere, operazioni o prestazioni professionali in corso di realizzazione, gli enti o le persone soggette al Decreto restituiscono al Cliente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo importo tramite bonifico su conto corrente bancario indicato dal Cliente stesso. Il trasferimento dei fondi è accompagnato da un messaggio che indica alla controparte bancaria che le somme sono restituite al cliente per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela.

Obblighi del cliente

(D.Lgs 231/2007, Articolo 21)

I clienti forniscono, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti destinatari del presente decreto di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. Ai fini dell'identificazione del titolare effettivo, i clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità tutte le informazioni necessarie e aggiornate delle quali siano a conoscenza.

Titolare Effettivo

Ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera pp) del D.Lgs 21 novembre 2007, n° 231, si definisce titolare effettivo: la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è instaurato. La prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

L'articolo 20 del D.Lgs 21 novembre 2007, n° 231 stabilisce i criteri per la determinazione della titolarità effettiva di clienti diversi dalle persone fisiche come segue:

1) Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo;
2) Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:
   a. Costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25% del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;

b. Costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25% del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.

3) Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:
   a. Del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
   b. Del controllo dei voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
   c. Dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.
4) Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con l persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.
5) Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n°361, sono cumulativamente individuati come titolari effettivi:
   a. I fondatori, ove in vita;
   b. I beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
   c. I titolari di funzioni di direzione e amministrazione

Allegato 1 – Documentazione richiesta per ogni evento di liquidazione

	Eventi di liquidazione			
	Riscatto Totale	**Riscatto Parziale**	**Decesso Assicurato**	**Opzione in rendita**
Fotocopia del documento di identità del Contraente/esecutore per conto del Contraente				
Fotocopia del Codice Fiscale del Contraente				
Certificato di esistenza in vita o autocertificazione in originale dell'Assicurato				
Comunicazione sottoscritta dal Contraente indicante la tipologia di rendita scelta, la frequenza e la relativa modalità di pagamento				
Fotocopia del documento di identità, del Codice Fiscale dell'Assicurato (solo se diverso dal Contraente) e/o del **Beneficiario**				
Atto notorio in originale o copia della dichiarazione sostitutiva di notorietà con firma autenticata da pubblico ufficiale con relativa apposizione di marca da bollo (richiedibile anche presso il Comune di residenza) recante le seguenti informazioni: - Se il defunto ha lasciato o meno testamento; - In presenza di testamento, copia autentica dello stesso pubblicato ai termini di legge, e dichiarazione che tale testamento è, per quanto a conoscenza, l'ultimo, valido e non impugnato. - In assenza di testamento, elenco degli eredi legittimi			X	
Copia del certificato o autocertificazione di esistenza in vita dei Beneficiari			X	
Copia del certificato di decesso dell'Assicurato			X	
Fotocopia del documento di identità e del Codice Fiscale dei Beneficiari			X	
Nel caso di **Beneficiario** minorenne o incapace, copia del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi alla riscossione della somma dovuta			X	
Nel caso in cui sia in vigore la copertura assicurativa complementa- re: idonea certificazione comprovante le cause di decesso: fanno fede verbali dell'Autorità Giudiziaria e articoli di giornale dai quali si evincano le cause del decesso dell'Assicurato.			X	
Modulo della Compagnia per l'identificazione e l'adeguata verifica del **Beneficiario**, in originale			X	

(*) richiesto dalla Compagnia nel solo caso in cui l'Assicurato non coincida con il Contraente e non abbia firmato il modulo di richiesta di riscatto;
*(**) da inviare annualmente alla Compagnia e per tutto il periodo di erogazione della rendit*a

NOBIS VITA S.p.A.
Sede Legale in Agrate Brianza 20864 (MB) - Viale Colleoni, 21 - Tel. 039.9890.100 - Fax 039.6894.524 - www.nobisvita.it - PEC nobisvita@pec.it - Capitale Sociale € 33.704.000,00 i.v. - Iscrizione C.C.I.A.A. di Monza e Brianza: 2576434 - CF e P.IVA IT09028080159 - Iscrizione al reg. soc. del Tribunale di Milano: 276128/7103/28 - Iscritta al n. 1.00080 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni e della riassicurazione con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del 19/04/89 (G.U. della Repubblica Italiana del 19/05/89 n. 115) società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

Nobis Vita S.p.A. è network partner in Italia del gruppo Swiss Life di Zurigo

PROPOSTA N. _____ (PROPOSTA MULTIPLA DA UTILIZZARE PER UN SOLO PRODOTTO)

ATTENZIONE: Il presente documento non costituisce quietanza di pagamento e non impegna l'Impresa alla successiva accettazione ed emissione del contratto di polizza.

Intermediario _____ Codice Intermediario _____ Consulente _____

DATI DI PROPOSTA

CONTRAENTE (in caso di contraenza persona giuridica compilare l'ulteriore modulo "Persona Giuridica" ad esclusione delle parti evidenziate in grigio nella presente proposta in quanto già presenti nel suddetto modulo)

COGNOME NOME _____ Codice Fiscale _____ Sesso ____ Età ____ anni
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività) _____
Indirizzo Residenza _____ CAP _____ Comune _____ Prov. ____
Indirizzo Domicilio _____ CAP _____ Comune _____ Prov. ____
E-mail _____
Documento di riconoscimento (allegato copia leggibile) _____ Num. Documento _____ Rilasciato da _____
Data rilascio _____ Data scadenza _____ Telefono _____ Persona politicamente esposta ☐ SÌ ☐ NO

ASSICURATO (compilare solo se diverso dal Contraente)
COGNOME NOME _____ Codice Fiscale _____ Sesso ____ Età ____ anni
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività) _____
Indirizzo Residenza _____ CAP _____ Comune _____ Prov. ____
Indirizzo Domicilio _____ CAP _____ Comune _____ Prov. ____
E-mail _____
Documento di riconoscimento (allegato copia leggibile) _____ Num. Documento _____ Rilasciato da _____
Data rilascio _____ Data scadenza _____ Telefono _____ Persona politicamente esposta ☐ SÌ ☐ NO

ANAGRAFICA SOGGETTO ESECUTORE
COGNOME NOME _____ Codice Fiscale _____ Sesso ____ Età ____ anni
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività) _____
Indirizzo Residenza _____ CAP _____ Comune _____ Prov. ____
Indirizzo Domicilio _____ CAP _____ Comune _____ Prov. ____
E-mail _____
Documento di riconoscimento (allegato copia leggibile) _____ Num. Documento _____ Rilasciato da _____
Data rilascio _____ Data scadenza _____ Telefono _____ Persona politicamente esposta ☐ SÌ ☐ NO

BENEFICIARIO 1
COGNOME NOME _____ Codice Fiscale _____ Sesso ____ Età ____ anni
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività) _____
Indirizzo Residenza _____ CAP _____ Comune _____ Prov. ____
Indirizzo Domicilio _____ CAP _____ Comune _____ Prov. ____
E-mail _____
Documento di riconoscimento (allegato copia leggibile) _____ Num. Documento _____ Rilasciato da _____
Data rilascio _____ Data scadenza _____ Telefono _____ Persona politicamente esposta ☐ SÌ ☐ NO
Invio comunicazioni al beneficiario ☐ SÌ ☐ NO
Indicare il rapporto tra Contraente e Beneficiario/i ☐ Rapporti affettivi ☐ Lavoro/Affari ☐ Altro (specificare) _____

Referente Terzo
COGNOME NOME _____ Codice Fiscale _____ Sesso ____ Età ____ anni
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività) _____
Indirizzo Residenza _____ CAP _____ Comune _____ Prov. ____
Indirizzo Domicilio _____ CAP _____ Comune _____ Prov. ____
E-mail _____
Documento di riconoscimento (allegato copia leggibile) _____ Num. Documento _____ Rilasciato da _____
Data rilascio _____ Data scadenza _____ Telefono _____ Persona politicamente esposta ☐ SÌ ☐ NO
Invio comunicazioni al beneficiario ☐ SÌ ☐ NO
Indicare il rapporto tra Contraente e Beneficiario/i ☐ Rapporti affettivi ☐ Lavoro/Affari ☐ Altro (specificare) _____

FAC-SIMILE

BENEFICIARIO IN FORMA GENERICA

Il Contraente conferma l'espressa volontà di designare i beneficiari in forma non nominativa, consapevole di quanto riportato in avvertenza:

☐ Eredi legittimi o testamentari
☐ Il coniuge dell'assicurato
☐ I figli nati e nascituri dell'assicurato in parti uguali
☐ I genitori dell'assicurato in parti uguali

Avvertenza: in caso di mancata compilazione delle informazioni relative alla designazione in forma nominativa, l'Impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari. La modifica o la revoca di uno o più Beneficiari deve essere comunicata tempestivamente all'Impresa.

☐ DOPPIA TUTELA

TIPOLOGIA ASSICURATIVA
Assicurazione temporanea in caso di morte a premio e capitale costante.

☐ CONTINUUM

TIPOLOGIA ASSICURATIVA
Assicurazione in caso di morte a vita intera a capitale rivalutabile e premio annuo temporaneo costante

☐ **Tariffa fumatori.** Il premio ed il capitale rimangono costanti per tutta la durata contrattuale. Il premio annuo è dovuto per tutta la durata contrattuale. (valida solo per DOPPIA TUTELA)

☐ **Tariffa NON fumatori.** Il premio ed il capitale rimangono costanti per tutta la durata contrattuale. Il premio annuo è dovuto per tutta la durata contrattuale. (valida solo per DOPPIA TUTELA)

Garanzia complementare per il caso di "Morte da infortunio" ☐ SÌ ☐ NO
(valida solo per DOPPIA TUTELA)

Garanzia complementare per il caso di "Morte da infortunio o da incidente stradale" ☐ SÌ ☐ NO
(valida solo per DOPPIA TUTELA)

Decorrenza del Contratto: ___/___/_____

PREMIO e CAPITALE

Età dell'assicurato _____ Durata del Contratto _____ anni Capitale assicurato _____ €

Frazionamento del premio: ☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Trimestrale ☐ Mensile
(In caso di frazionamento mensile devono essere versate le prime tre rate di premio)

Premio incassato _____ €

Premio di rata _____ €

■ MEZZI DI PAGAMENTO E CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Dichiaro di aver informato il contraente che l'importo del premio di perfezionamento, la relativa data d'incasso, il mezzo di pagamento del premio nonché il soggetto pagatore, saranno riportati nella lettera di conferma inviata dall'Impresa. Contestualmente alla firma della presente proposta il sottoscritto (nome e cognome in chiaro di chi ritira effettivamente il mezzo di pagamento)

COGNOME NOME _____ **RITIRA**

■ quale mezzo di pagamento del premio di perfezionamento (**NON E' AMMESSO IL PAGAMENTO IN CONTANTI**):

- Assegno numero:_____ ABI: _____ CAB: _____ Soggetto Pagatore _____
- Disposizione di bonifico bancario effettuata da:Nome e Cognome del Soggetto Pagatore _____
  Intestato a Nobis Vita S.p.A. dell'importo di € _____

■ mezzo di pagamento del premio per le rate successive: Mandato per addebito diretto SDD A (compilare apposito modulo).

Attesto che quanto sopra è coerente con quanto sopra riportato e circa il soggetto pagatore rilevato ai sensi del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i..
Attesto di aver effettuato la rilevazione dei dati ai sensi del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i. e di aver verificato l'autenticità delle firme che precedono.

L'Intermediario/Il Consulente

Luogo e data _____ _____

■ CONSENSO ALLA TRASMISSIONE DELLA DOCUMENTAZIONE IN FORMATO ELETTRONICO

(il consenso non fa riferimento all'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni commerciali e può essere revocato in ogni momento)

Con riferimento al presente contratto, il sottoscritto Contraente dichiara di **dare il proprio consenso** all'Impresa affinché la stessa, nel corso della durata contrattuale, possa inviare la documentazione disponibile in formato elettronico (o le specifiche informazioni per il relativo recupero) al seguente indirizzo e-mail, attualmente valido e regolarmente in uso. A tale proposito, il medesimo Contraente si impegna a comunicare a Nobis Vita S.p.A. ogni eventuale variazione dell'indirizzo e-mail sotto indicato. L'Impresa si riserva di provvedere alla spedizione della documentazione anche in formato cartaceo nel caso di sopraggiunte difficoltà tecniche.

Il Contraente/Il Rappresentante Legale/ Il Delegato

Indirizzo e-mail _____

Luogo e data _____ _____

■ QUESTIONARIO SANITARIO

AVVERTENZE: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario. L'Assicurato può chiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché presenti alla Compagnia il rapporto di visita medica, predisposto dalla Compagnia stessa e compilato da parte del medico di famiglia o non di famiglia, a seconda del capitale assicurato. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

FAC SIMILE

1 - La differenza tra la Sua altezza in centimetri ed il Suo peso in chilogrammi è inferiore a 80 o superiore a 120 (ad es. altezza 175 cm – peso 70 kg = 175-70 = 105)? Peso: _____ kg Altezza: _____ cm	☐ SÌ ☐ NO
2 - Hai mai sofferto (e se si quando) o attualmente soffre di malattie dell'apparato cardiocircolatorio, ipertensione, ictus, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche, mentali o nervose, malattie dell'apparato urogenitale, malattie del sistema endocrino, malattie del sangue, tumori, diabete o epatite? Se sì, quali? _____	☐ SÌ ☐ NO
3 - Negli ultimi 5 anni ha sofferto, o attualmente soffre di malattie per cui è stata/è necessaria una cura farmacologica continuativa? Se sì, quali? _____	☐ SÌ ☐ NO
4 - Negli ultimi 5 anni ha subito interventi chirurgici o ricoveri in ospedale o in casa di cura, salvo il caso di appendicectomia, tonsillectomia, infortuni senza postumi, parto, operazione di chirurgia estetica, fratture senza complicazioni?	☐ SÌ ☐ NO
5 - Nella Sua parentela consanguinea di primo grado ci sono stati almeno due casi di tumori con la stessa diagnosi prima dell'età di 50 anni?	☐ SÌ ☐ NO
6 - Ha mai ottenuto un rifiuto o un differimento ad una richiesta di assicurazione (vita, invalidità, malattie gravi) oppure un'accettazione a condizioni speciali o con sovra premio?	☐ SÌ ☐ NO
7 - **Solo per il prodotto Doppia Tutela** - Svolge attività professionale esposta a particolari pericoli (es. Contatti con materie venefiche, esplosive, linee elettriche ad alta tensione ecc.) ? Se si, quali? _____	☐ SÌ ☐ NO
8 - **Solo per il prodotto Doppia Tutela** - Pratica attività sportive esposte a particolari rischi (es. subacqueo, paracadutismo, parapendio, deltaplano, gare automobilistiche e motociclistiche, alpinismo, ecc.) ? Se si, quali? _____	☐ SÌ ☐ NO
9 - L'Assicurato ha in essere altre assicurazioni sulla vita analoghe alla presente presso altre Compagnie? Nome Compagnia: _____ Numero Polizza: _____ Capitale assicurato: _____	☐ SÌ ☐ NO

DICHIARAZIONE NON FUMATORE

Ai fini dell'applicazione delle condizioni contrattuali relative alla tariffa per non fumatore, l'Assicurato dichiara, unitamente al Contraente, se persona diversa, che quest'ultima è NON FUMATORE nel senso che non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, etc.), neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione del Modulo di Proposta.

Ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Compagnia l'Assicurato dichiara, unitamente al Contraente se persona diversa, assumendosi ogni responsabilità, consapevole che le notizie ed i dati di ordine sanitario ed informativo costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio, di aver risposto con esattezza e in modo veritiero al questionario circa il suo stato di salute, ivi inclusa la dichiarazione dello stato di Non Fumatore. Proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che hanno o potranno in futuro curare o visitare e le altre persone alle quali la Compagnia volesse rivolgersi per informazioni.

Il Contraente L'Assicurato

Luogo e data _____ _____ _____

ULTERIORI INFORMAZIONI SUL CONTRAENTE - Persona fisica

Attività prevalentemente svolta

☐ Dipendente ☐ Dirigente/Soggetto Apicale (membri del consiglio di amministrazione, direttori generali etc.) ☐ Imprenditore
☐ Libero professionista ☐ Lavoratore autonomo ☐ Non occupato (disoccupato, casalinga, studente) ☐ Pensionato

S.A.E. Cod._____ Descrizione _____ TAE (tipo di attività economica) Cod. ____ Descrizione _____

TITOLARE EFFETTIVO _____

Fascia di reddito annuo (persona fisica)/fatturato annuo lordo (persona giuridica) del Contraente

☐ da € 0 a € 2.500 ☐ da € 2.501 a € 20.000 ☐ da € 20.001 a € 50.000 ☐ da € 50.001 a € 100.000 ☐ da € 100.001 a € 250.000
☐ da € 250.001 a € 500.000 ☐ da € 500.001 a € 1.000.000 ☐ da € 1.000.001 a € 2.000.000 ☐ da € 2.000.001 a € 10.000.000
☐ da € 10.000.001 a € 50.000. 000 ☐ superiore a € 50.000.000

Ulteriore disponibilità patrimoniale:

☐ da € 0 a € 50.000 ☐ da € 50.001 a € 200.000 ☐ da € 200.001 a € 1.000.000 ☐ Superiore a € 1.000.000

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto/dell'operazione.
Il sottoscritto dichiara di essere stato informato sulla necessità di dichiarare, per ogni singola operazione posta in essere, se sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto di costituzione del rapporto continuativo e a fornire le indicazioni necessarie all'identificazione dell'eventuale/degli eventuali diverso/i Titolare/i Effettivo/i.

Il Contraente/Il Rappresentante Legale/ Il Delegato

Luogo e data _____ _____

FAC-SIMILE

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei seguenti documenti componenti il Set informativo in tempo utile per poterne valutare il contenuto ai sensi dell'Art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018 prima della sottoscrizione del contratto composto da:
- il documento informativo precontrattuale (DIP Vita), il documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita), le Condizioni Contrattuali di Assicurazione comprensive di glossario, la proposta di assicurazione.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la versione aggiornata dei predetti documenti è disponibile nel sito dell'Impresa e/o presso il Collocatore. Il sottoscritto:

- ☐ esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile;
- ☐ dichiara di avere il domicilio (ai sensi dell'art 43, 1° comma, del codice civile) indicato nella proposta;
- ☐ dichiara di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni Contrattuali di Assicurazione Codice Set Informativo _____ ;
- ☐ accetta integralmente il contenuto delle stesse, ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconosce la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa antiriciclaggio, ove applicabile;
- ☐ dichiara si essere a conoscenza che il contratto è concluso e produce i propri effetti secondo le modalità definite all'Art. 2 delle Condizioni Contrattuali di Assicurazione.
- ☐ dichiara di aver compilato l'allegato **Questionario IDD N**. _____

Il Contraente/Il Rappresentante Legale/ Il Delegato — L'Assicurando (se diverso dal Contraente)

Luogo e data _____ _____ _____

COMPORTAMENTO DEL CLIENTE AI FINI DELLA PROTEZIONE DEI CRIMINI FINANZIARI E DI CONTRASTO AL FINANZIAMENTO DEL TERRORISMO

Modalità di apertura del rapporto

☐ In presenza del cliente/legale rappresentante ☐ In presenza del solo delegato ☐ Mediante telefono o attraverso internet

Comportamento tenuto dal cliente al compimento dell'operazione o all'instaurazione del rapporto

☐ Normale ☐ Riluttante a fornire informazioni sufficienti ☐ Il cliente ha chiesto di ristrutturare il rapporto o l'operazione perché l'originaria impostazione implicava l'identificazione o un supplemento di istruttoria

☐ Il cliente intende operare con modalità non usuali ☐ Interposizione di soggetti terzi senza apparente giustificazione

Compatibilità del rapporto/operazione con la capacità economica e/o patrimoniale del contraente

☐ Polizza/operazione compatibile con la capacità economica e/o patrimoniale del contraente

☐ Polizza/operazione non compatibile con la capacità economica e/o patrimoniale del contraente

☐ Non conoscenza della compatibilità

Da quanti anni è attivo il suo rapporto con il cliente

☐ meno di un anno ☐ da 1 a 5 anni ☐ più di 5 anni

L'Intermediario/Il Consulente

Luogo e data _____ _____

ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

Gentile cliente. I dati personali da riportare nel presente modulo sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge [Decreto legislativo n. 231/2007 e s.m.i.] in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Il Cliente dovrà fornire risposte precise ai quesiti sotto elencati. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità da parte dell'Impresa a dar seguito all'operazione richiesta.

a) Indicare lo scopo prevalente e la natura dell'operazione: ☐ Risparmio ☐ Investimento ☐ Protezione

b) Indicare la Nazione di provenienza dei fondi _____

c) Indicare l'origine dei fondi utilizzati per la realizzazione della presente operazione

☐ Reddito da lavoro dipendente ☐ Reddito da lavoro autonomo ☐ Vincita ☐ Lascito/eredità/donazione
☐ Reddito da precedente occupazione/pensione ☐ Operazioni/Rendite da immobili ☐ Utile societario/Reddito d'impresa
☐ Disinvestimento ☐ Reinvestimento ☐ Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni ☐ Scudo fiscale
☐ Altro (specificare) _____

INFORMAZIONI PER IL CONTRAENTE

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali e qualunque possa esserne la causa, con le limitazioni sotto specificate nel caso in cui il decesso sia avvenuto:
- In uno qualunque dei paesi indicati come paese a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data di segnalazione.

Oppure nel caso in cui il decesso sia stato 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 esser 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 idoneo brevetto, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore del contratto o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione dello stesso;
- da eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
- Abuso di alcol continuativo, comprovato da documentazione sanitaria;
- Uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- Pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, speleologia, immersioni subacquee, automobilismo, motociclismo, motonautica, salti con sci o idrosci, sport aerei (quali deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio);
- Malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti alla data delle garanzie sottaciute all'Impresa con dolo o colpa grave.

Per ulteriori dettagli si rimanda alle Condizioni Contrattuali di Assicurazione.

In relazione alle **Modalità di versamento dei premi**, alla **Conclusione ed entrata in vigore del contratto**, alla **Revoca e recesso del contatto** il Contraente deve fare riferimento ai relativi articoli delle Condizioni Contrattuali di Assicurazione.

FAC-SIMILE

Nobis Vita S.p.A.

Sede Legale:
Viale Colleoni n. 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)

Direzione Generale:
Viale Colleoni n. 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)
T + 39 039. 9890.100
F + 39 039. 6894.524
info.vita@nobis.it

www.nobis.it