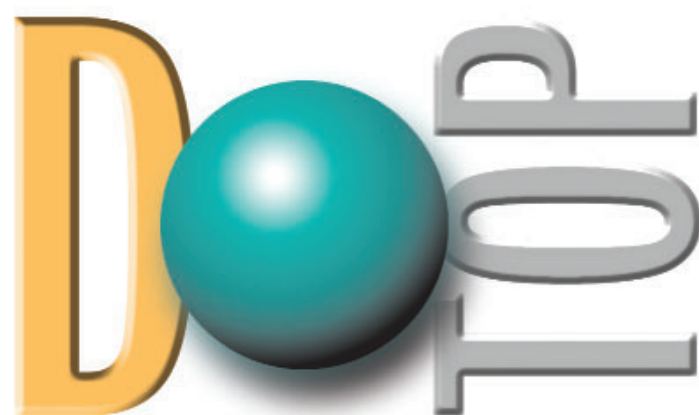


Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

HELVETIA



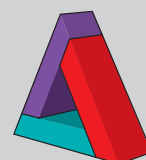
Defensa Top

Contratto di Assicurazione Temporanea in Caso di Morte

Il presente Fascicolo informativo, contenente Nota informativa, Condizioni di assicurazione, Glossario e Modulo di proposta, deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Gruppo assicurativo Svizzero Helvetia Patria

**HELVETIA**  
**VITA**



**Testo conforme a quello depositato presso il Notaio Patrizia Leccardi del Collegio Notarile di Milano  
alla sede di Milano con atto n. 2839/1470 del 10/11/2005.**

# HELVETIA DEFENSA TOP

## NOTA INFORMATIVA

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

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

La Nota informativa si articola in quattro sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONI
- B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE
- C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE
- D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### **1. Informazioni generali**

a) Denominazione e forma giuridica

HELVETIA VITA è una società per azioni di diritto italiano del gruppo HELVETIA PATRIA, uno tra i principali gruppi assicurativi svizzeri.

b) Indirizzo della Sede Legale, della Sede Sociale e della Direzione Generale

Sede Legale, Sede Sociale e Direzione Generale sono in Italia, via Giovan Battista Cassinis 21 – 20139 Milano.

c) Recapito telefonico, sito internet e indirizzo di posta elettronica

Telefono +39 02 5351.1 – Fax +39 02 537289 / 5351352 – Sito internet: [www.helvetia.it](http://www.helvetia.it) - Posta elettronica: [direzione.vita@helvetia.it](mailto:direzione.vita@helvetia.it)

d) Estremi del provvedimento di autorizzazione all'esercizio

HELVETIA VITA S.p.A. è un'impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto ministeriale n. 17266 del 2.11.1987, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 263 del 10.11.1987.

e) Denominazione ed indirizzo della società di revisione dell'impresa

La società di revisione dell'impresa è Reconta Ernst & Young S.p.A., via della Chiusa 2 - 20123 Milano (Italia).

#### **2. Conflitto di interessi**

Non sono presenti situazioni di conflitto di interesse derivanti da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

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

#### **3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte**

Il contratto qui descritto ha una durata minima di 1 anno e massima di 30 anni con decorrenza dal momento della conclusione del contratto.

HELVETIA VITA S.p.A. garantisce al Beneficiario designato la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto questo si intenderà estinto ed i relativi premi acquisiti dalla Compagnia.

A fronte della prestazione garantita il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità successivamente previste, un premio annuo costante.

Per stipulare Helvetia Defensa Top, il Contraente e l'Assicurato, dopo aver letto questa Nota Informativa e le Condizioni di Polizza, compilano con l'aiuto dell'Agente della Compagnia la proposta ed i questionari allegati, dove vengono rispettivamente fissati tutti i parametri della polizza

(tariffa prescelta, capitale assicurato, durata contrattuale, importo del premio), rilasciate le dichiarazioni dal Contraente e le dichiarazioni sullo stato di salute dell'Assicurato.

Helvetia Difesa Top richiede l'accertamento delle effettive condizioni di salute dell'Assicurato, mediante apposita visita medica ed accertamenti sanitari, con spese a carico della Compagnia HELVETIA VITA S.p.A.

Sulla base della proposta, delle dichiarazioni rilasciate e del risultato delle visite mediche, la Compagnia emetterà la polizza che sarà perfezionata ed attivata con il pagamento della prima rata di premio.

## PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE

HELVETIA VITA S.p.A. garantisce al Beneficiario designato la corresponsione di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale.

**Questa assicurazione richiede obbligatoriamente il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica**, con spesa a carico della Compagnia, oltre che eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dello stesso.

Una limitazione delle garanzie è prevista per le patologie connesse alla "sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)", qualora l'Assicurato non si sottoponga ad apposito test. Per tale limitazione si rimanda alle Condizioni Particolari riportate nel seguito del presente fascicolo.

La compilazione delle dichiarazioni dell'assicurato e l'obbligatorietà della visita medica consentono di non distinguere a priori tra fumatori e non fumatori e una maggiore personalizzazione della polizza che, nella sua definizione, può così modellarsi maggiormente al profilo dell'Assicurato.

L'importo minimo di capitale assicurabile è pari a 100.000,00 Euro.

Si sottolinea la **necessità del contraente di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione delle dichiarazioni dell'Assicurando.**

### **4. Premi**

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età e sesso dell'assicurato ed allo stato di salute ed alle attività professione svolte.

Il premio annuo viene determinato nel suo ammontare al momento della conclusione del contratto. È consentito corrispondere il premio annuo in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali, bimestrali o rate mensili, applicando degli interessi per il frazionamento di cui al seguente punto 5.

Il premio annuo è comprensivo delle spese di acquisizione, gestione e incasso del contratto (di cui al punto 5).

Il premio rimane costante per tutta la durata contrattuale ed è corrisposto fino alla scadenza contrattuale o, in caso di decesso, fino al verificarsi di tale evento.

Il pagamento del premio avviene presso l'Agenzia a cui è assegnato il contratto, tramite bonifico bancario o assegno.

## **TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI DEI CONTRATTI DI PURO RISCHIO Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale e premio annuo costanti**

### **TABELLA – PRESTAZIONE: capitale in caso di decesso dell'Assicurato**

Importi di premio in euro.

Capitale assicurato: € 100.000

Sesso: M

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	90,0	99,0	110,0	131,0	161,0
35	109,0	129,0	155,0	192,0	246,0
40	150,0	192,0	238,0	306,0	389,0
45	240,0	307,0	390,0	493,0	634,0
50	384,0	509,0	633,0	809,0	1.030,0

Capitale assicurato: € 100.000

Sesso: F

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	37,0	45,0	54,0	68,0	84,0
35	54,0	68,0	85,0	105,0	130,0
40	84,0	109,0	132,0	163,0	201,0
45	137,0	170,0	206,0	252,0	317,0
50	207,0	261,0	315,0	395,0	512,0

Capitale assicurato: € 200.000

Sesso: M

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	179,0	197,0	219,0	261,0	321,0
35	217,0	257,0	309,0	383,0	491,0
40	299,0	383,0	475,0	611,0	777,0
45	479,0	613,0	779,0	985,0	1.267,0
50	767,0	1.017,0	1.265,0	1.617,0	2.059,0

Capitale assicurato: € 200.000

Sesso: F

Età	Durata (anni)				
	5	10	15	20	25
30	73,0	89,0	107,0	135,0	167,0
35	107,0	135,0	169,0	209,0	259,0
40	167,0	217,0	263,0	325,0	401,0
45	273,0	339,0	411,0	503,0	633,0
50	413,0	521,0	629,0	789,0	1.023,0

Gli importi di premio indicati (comprensivi dei diritti fissi) non tengono conto delle valutazioni del rischio attinente ad esempio alla professione ed allo stato di salute dell'assicurato, che possono essere effettuate dall'impresa solo dopo che l'assicurato abbia reso le necessarie informazioni e si sia assoggettato a visita medica.

## C. INFORMAZIONI SU COSTI E REGIME FISCALE

### **5. Costi**

#### **5.1 Costi gravanti direttamente sul contraente**

##### 5.1.1 Costi gravanti sul premio

Nella sottostante tabella vengono riportati tutti i costi applicati ai premi versati:

Costo acquisto	7,0% annuo
Costo gestione	4,0%
Costo incasso	5,0%
Diritti di quietanza	0,5 euro

La Compagnia ha diritto di trattenere dal premio le spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, individuate nella percentuale del 3,0% applicata al premio versato, con un importo minimo in cifra fissa di 25,00 euro e massimo pari a 100,00 euro, come indicato al punto 11.

In caso di revoca e recesso, la Compagnia tratterrà dal premio le spese sostenute per le visite mediche obbligatorie dell'Assicurato. Tale importo è quantificato in 72,00 euro. Saranno inoltre trattenute le spese per gli accertamenti sanitari peculiari richiesti in funzione del sesso, dell'età, delle condizioni di salute dell'assicurato e del capitale da assicurare. In tale caso, variando i costi degli esami a seconda dello specifico medico/ centro medico, convenzionato con Helvetia Vita su tutto il territorio nazionale, l'importo trattenuto in caso di revoca e recesso sarà quello dell'onorario del medico/ centro scelto tra quelli convenzionati che ha effettuato gli esami, come indicato ai punti 10 e 11.

La scelta del frazionamento del premio comporta la corresponsione di interessi di frazionamento:

<b>Frazionamento del premio annuo</b>	<b>Interesse di frazionamento (%)</b>
Semestrale	2,0%
Quadrimestrale	2,5%
Trimestrale	3,0%
Bimestrale	3,5%
Mensile	5,0%

## **6. Regime fiscale**

### ***Imposta sui premi***

I premi del presente contratto sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

### ***Detraibilità fiscale dei premi***

Le assicurazioni per il caso di morte 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 (attualmente, una percentuale di detraibilità del 19% per un massimo di versamento annuo di 1.291,14 Euro).

### ***Tassazione delle somme assicurate***

Le somme corrisposte in caso di morte a beneficiari persone fisiche sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta di successione.

### ***Non pignorabilità e non sequestrabilità***

Ai sensi dell'articolo 1923 c.c. le somme dovute dalla Compagnia al Beneficiario non sono pignorabili e sequestrabili.

### ***Diritto proprio del Beneficiario***

Al momento della designazione, il Beneficiario acquista un diritto proprio nei confronti della Compagnia e pertanto le somme corrisposte a seguito di decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario e non sono soggette ad alcuna tassazione.

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

### **7. Modalità di perfezionamento del contratto**

Il contratto è concluso e produce i propri effetti, sempre che sia stato pagato il premio, dal momento in cui il Contraente ha ricevuto l'accettazione scritta della proposta da parte della Compagnia. Se, tuttavia, la proposta contiene l'indicazione di una data di decorrenza successiva, il contratto produrrà effetti dalle ore zero di tale ultima data, sempre che la Compagnia non comunichi prima, per iscritto, il proprio rifiuto a contrarre.

### **8. Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi**

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non pagata, determina la sospensione del contratto per un periodo di 12 mesi.

Se entro tale periodo il Contraente non riprende il pagamento, il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

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 il Contraente può riattivare il contratto sempre che la Compagnia accetti.

Trascorsi i termini di cui sopra senza che sia avvenuta la riattivazione, o in caso di sua mancata accettazione da parte della Compagnia, quando consentitagli, il contratto è risolto e i premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.

### **9. Riscatto e riduzione**

Riscatto e riduzione non sono previsti per questa tipologia contrattuale.

### **10. Revoca della proposta**

Il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta fino a quando il contratto non è concluso inviando comunicazione scritta alla Compagnia, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: HELVETIA VITA S.p.A, Via Giovan Battista Cassinis, 21 – 20139 Milano – Italia.

La Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto.

La Compagnia ha diritto di trattenere dal premio le spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, individuate nella percentuale del 3,0% applicata al premio versato, con un importo minimo in cifra fissa di 25,00 euro e massimo pari a 100,00 euro.

In caso di revoca, la Compagnia tratterrà dal premio le spese sostenute per le visite mediche obbligatorie dell'Assicurato. Tale importo è quantificato in 72,00 euro. Saranno inoltre trattenute le spese per gli accertamenti sanitari peculiari richiesti in funzione del sesso, dell'età, delle condizioni di salute dell'assicurato e del capitale da assicurare. In tale caso, variando i costi degli esami a seconda dello specifico medico/ centro medico convenzionato con Helvetia Vita su tutto il territorio nazionale, l'importo trattenuto in caso di revoca sarà quello dell'onorario del medico/ centro scelto tra quelli convenzionati che ha effettuato gli esami.

### **11. Diritto di recesso**

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso. Entro tale termine il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Compagnia, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: HELVETIA VITA S.p.A, Via Giovan Battista Cassinis, 21 – 20139 Milano – Italia.

La notifica di recesso libera le parti da qualunque obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la lettera raccomandata.

La Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto.

La Compagnia ha diritto di trattenere dal premio le spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, individuate nella percentuale del 3,0% applicata al premio versato, con un importo minimo in cifra fissa di 25,00 euro e massimo pari a 100,00 euro.

In caso di recesso, la Compagnia tratterrà dal premio le spese sostenute per le visite mediche obbligatorie dell'Assicurato. Tale importo è quantificato in 72,00 euro. Saranno inoltre trattenute le spese per gli accertamenti sanitari peculiari richiesti in funzione del sesso, dell'età, delle condizioni di salute dell'assicurato e del capitale da assicurare. In tale caso, variando i costi degli esami a seconda dello specifico medico/ centro medico convenzionato con Helvetia Vita su tutto il territorio nazionale, l'importo trattenuto in caso di recesso sarà quello dell'onorario del medico/ centro scelto tra quelli convenzionati che ha effettuato gli esami.

### **12. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni**

In caso di decesso dell'Assicurato, gli interessati devono inviare una richiesta scritta alla Compagnia, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a HELVETIA VITA

S.p.A, Via Giovan Battista Cassinis, 21 – 20139 Milano (Italia), allegando la documentazione indicata all'Art. 11 delle Condizioni di Polizza.

Può essere altresì utilizzato dal/i beneficiario/i l'apposito modulo prestampato di richiesta di liquidazione recante l'elenco dei documenti da consegnare per le varie ipotesi, modulo incluso nella documentazione contrattuale.

Il pagamento della prestazione caso morte sarà effettuato dalla Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

### **13. Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione, sulla quale comunque prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

### **14. Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto viene redatto in lingua italiana. Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione.

### **15. Reclami**

***Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:***

***HELVETIA VITA S.p.A.***

***Ufficio Reclami***

***Via Giovan Battista Cassinis, 21 – 20139 Milano – Italia.***

***Fax 02/5351794***

***E-mail: reclami@helvetia.it***

***Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.***

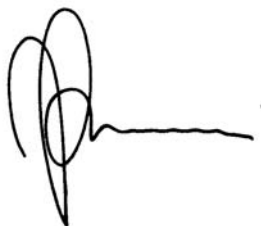
### **16. Informativa in corso di contratto**

La Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente al contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota informativa, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

---

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

***Il Direttore Generale  
Franco Armeni***





## **CONDIZIONI DI POLIZZA**

### **Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale e premio annuo costanti**

#### **PREMESSA**

In caso di morte dell'Assicurato, qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali ed indipendentemente dai cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso, la Compagnia garantisce il pagamento, ai beneficiari designati, del capitale indicato in polizza.

#### **ART. 1 - OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ**

Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente dal contratto e dalle appendici al testo contrattuale da essa firmate.

#### **ART. 2 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO**

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o dalla sua riattivazione, il contratto non è contestabile per le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o malafede.

***L'indicazione inesatta dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme assicurate.***

#### **ART. 3 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO - ENTRATA IN VIGORE DELLA GARANZIA - RECESSO**

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stata pagata la prima rata di premio, alle ore 24 del giorno di conclusione del contratto ovvero del giorno in cui il Contraente abbia ricevuto la lettera di conferma o la polizza sottoscritta dalla Compagnia.

Qualora il contratto preveda una data di decorrenza successiva, l'assicurazione non può entrare in vigore prima delle ore 24 del giorno previsto ed indicato sulla lettera di conferma o sulla polizza.

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla conclusione dell'assicurazione.

L'esercizio del diritto di recesso libera il Contraente da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto.

La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto, trattenendo le eventuali imposte di legge, l'eventuale quota di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto ed un ammontare pari al 3% del premio netto versato con un minimo di 25,00 euro ed un massimo di 100,00 euro per le spese di emissione del contratto.

In caso di recesso, la Compagnia tratterrà dal premio le spese sostenute per le visite mediche obbligatorie dell'Assicurato. Tale importo è quantificato in 72,00 euro. Saranno inoltre trattenute le spese per gli accertamenti sanitari peculiari richiesti in funzione del sesso, dell'età, delle condizioni di salute dell'assicurato e del capitale da assicurare. In tale caso, variando i costi degli esami a seconda dello specifico centro medico, o medico, convenzionato con Helvetia Vita su tutto il territorio nazionale, l'importo trattenuto in caso di recesso sarà quello dell'onorario del medico scelto tra quelli convenzionati che ha effettuato gli esami.

Dal momento in cui la Compagnia viene a conoscenza che il Contraente intende avvalersi del diritto di recesso, la stessa è da ritenersi libera dagli impegni derivanti dal presente contratto.

#### **ART. 4 – RISCHIO DI MORTE**

***Il rischio di morte è coperto, qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali ed indipendentemente dai cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso.***

L'assicurazione in caso di morte non è valida se il decesso dell'Assicurato è causato da:

- dolo del Contraente o del beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;

- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.

In tutti questi casi, la Compagnia corrisponde ai beneficiari designati l'importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

#### **ART. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il premio pattuito è calcolato in annualità anticipate costanti per tutta la durata contrattuale ed è dovuto non oltre l'anno in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato.

Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze prestabilite contro ricevuta emessa dalla Compagnia presso il domicilio di quest'ultima o dell'Agenzia cui è assegnato il contratto.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso presso il suo domicilio. E' ammessa una dilazione di trenta giorni senza oneri di interessi.

#### **ART. 6 - RIATTIVAZIONE**

Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata il Contraente ha comunque diritto, se l'Assicurato è in vita, di riattivare l'assicurazione pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali.

Trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire invece solo se l'Assicurato è in vita e dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari, il cui costo è a carico del Contraente, e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

In ogni caso, l'assicurazione riattivata entra nuovamente in vigore, per l'importo del capitale stabilito inizialmente, dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, l'assicurazione non può essere riattivata.

#### **ART. 7 - RISOLUZIONE – RIDUZIONE**

Il mancato pagamento, anche di una sola rata del premio, determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza, la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

Per il presente contratto non esiste valore di riduzione.

#### **ART. 8 - RISCATTI – PRESTITI**

Questo prodotto non prevede né la possibilità di riscatto né la facoltà di concedere prestiti.

#### **ART. 9 - CESSIONE – PEGNO – VINCOLO**

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci solo quando la Compagnia ne faccia annotazione su appendice al testo contrattuale.

#### **ART. 10 - BENEFICIARIO**

***Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.***

La designazione dei beneficiari non può essere modificata o revocata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di pegno e vincolo richiedono l'assenso scritto dei beneficiari.

La designazione di beneficio e le sue eventuali modifiche o revoche debbono essere comunicate alla Compagnia per iscritto o per testamento.

## **ART. 11 - PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI**

Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Assicurato, deve essere inoltrata alla Compagnia, da parte degli aventi diritto, richiesta scritta e devono essere consegnati alla stessa i seguenti documenti:

- originale della polizza ed eventuali appendici;
- ultima quietanza pagata;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale dei beneficiari;
- decreto del giudice tutelate in presenza di beneficiari minori o incapaci;
- atto notorio (o una sua dichiarazione sostitutiva) rilasciato dai competenti Uffici Comunali. Tale documento indica gli eredi legittimi dell'Assicurato e l'esistenza o meno di un testamento;
- copia del testamento se esistente;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo.

E' facoltà della Compagnia richiedere ulteriore documentazione di carattere sanitario o giudiziario eventualmente ritenuta necessaria.

Per una più celere procedura di pagamento degli importi spettanti ai beneficiari, è necessario, dove possibile, ottenere le seguenti informazioni:

- codice C.A.B. ed A.B.I. della Banca del beneficiario;
- numero, intestazione e C.I.N. del conto corrente del beneficiario sul quale effettuare il pagamento.

La Compagnia si impegna ad effettuare il pagamento dell'importo spettante entro trenta giorni dal ricevimento di tutta la documentazione necessaria e richiesta. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire del termine stesso, a favore dei beneficiari.

Ogni pagamento viene effettuato presso la Sede o la competente agenzia della Compagnia dietro consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici di variazione contrattuale.

## **ART. 12 - LIMITI DI ETÀ E DURATA CONTRATTUALE**

Il presente contratto prevede che al momento della stipulazione del contratto l'età dell'Assicurato deve essere compresa tra 18 e 74 anni, mentre l'età alla scadenza deve essere non superiore a 75 anni.

La durata minima del contratto è pari ad 1 anno; la durata massima del contratto non può superare 30 anni.

## **ART. 13 - TARIFFAZIONE PERSONALIZZATA**

***Questo prodotto prevede una diversa tassazione per assicurati di sesso maschile o femminile per tener conto delle loro specificità in materia di mortalità. Inoltre l'obbligatorietà della visita medica in fase assuntiva permette di personalizzare ulteriormente la tariffa in funzione dello stato di salute dell'Assicurato.***

## **ART.14 - TASSE E IMPOSTE**

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

**CONDIZIONI PARTICOLARI (valide solo se espressamente richiamate in polizza)**

***Clausola di carenza per H.I.V.***

***Premesso che il Contraente/Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a test H.I.V. accettando le modalità e gli oneri che ne dovessero derivare, il presente contratto può essere assunto senza test H.I.V. nel rispetto dei limiti previsti dalle regole assuntive.***

Per assicurazioni senza test H.I.V. rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento della polizza e che questo sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà liquidato.

In questo caso, la Compagnia corrisponde ai beneficiari designati l'importo pari alla riserva matematica calcolata al momento del decesso.

## **GLOSSARIO (Fonte: ANIA – Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici).**

**Assicurato:** in termini generali, l'assicurato è il soggetto esposto al rischio. Nelle assicurazioni sulla vita, è la persona dalla cui morte o sopravvivenza dipende l'obbligo per l'assicuratore di pagare un capitale o una rendita.

**Beneficiario:** persona alla quale deve essere corrisposta la prestazione dell'assicuratore qualora si verifichi il rischio assicurato. Nelle assicurazioni sulla vita, la figura del beneficiario può non coincidere con quella del contraente e/o con quella dell'assicurato.

**Capitale assicurato:** nelle assicurazioni sulla vita è la somma dovuta al beneficiario in alternativa all'erogazione di una rendita vitalizia.

**Carenza (periodo di):** periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace.

**Caricamenti:** rappresentano la parte del premio versato dal contraente che è destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'impresa di assicurazione.

**Condizioni generali di assicurazione:** clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, e possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.

**Condizioni particolari:** insieme di clausole contrattuali, negoziate dalle parti, con le quali si intende ampliare o diminuire la garanzia assicurativa di base prevista dalle condizioni generali.

**Contraente:** soggetto che stipula il contratto di assicurazione con l'assicuratore e si obbliga a pagare il premio. Il contraente può non coincidere con l'assicurato. Le due figure coincidono quando il contraente assicura un interesse di cui è titolare (ad esempio, un bene di sua proprietà o la propria vita).

**Contratto di assicurazione:** contratto con il quale l'assicuratore, a fronte del pagamento del premio, si impegna a indennizzare l'assicurato dei danni prodotti da un sinistro oppure a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente la vita umana. Il contratto di assicurazione è dunque uno strumento con il quale l'assicurato trasferisce all'assicuratore un rischio al quale egli è esposto.

**ISVAP:** Istituto di vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo. Ente di diritto pubblico cui spetta il controllo sulle imprese di assicurazione, nonché sugli intermediari di assicurazione (agenti e i broker) e sui periti per la stima dei danni ai veicoli.

**Nota informativa:** documento che l'assicuratore deve consegnare al contraente prima della conclusione del contratto di assicurazione. La nota informativa contiene informazioni relative all'impresa di assicurazione e informazioni relative al contratto (garanzie ed opzioni, durata del contratto, modalità di versamento dei premi, regime fiscale, legislazione applicabile, reclami in merito al contratto, ecc.).

**Polizza caso morte:** contratto di assicurazione sulla vita che prevede il pagamento di un capitale al beneficiario qualora si verifichi la morte dell'assicurato. La polizza caso morte può essere temporanea, se il contratto prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'assicurato avvenga nel corso della durata del contratto; può essere a vita intera, se il

pagamento del capitale avviene comunque alla morte dell'assicurato, indipendentemente dal momento nel quale essa si verifica.

**Polizza caso vita:** contratto di assicurazione sulla vita con il quale l'assicuratore si impegna al pagamento di un capitale o di una rendita vitalizia nel caso in cui l'assicurato sia in vita alla scadenza pattuita. Le polizze caso vita possono essere con o senza controassicurazione.

**Polizza di assicurazione:** documento comprovante l'esistenza ed il contenuto di un contratto di assicurazione. La polizza, sottoscritta da entrambe le parti, viene emessa dall'assicuratore e consegnata al contraente. Nella polizza sono trascritte tutte le condizioni contrattuali, sia quelle generali sia quelle particolari.

**Premio:** il premio rappresenta il prezzo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della garanzia. I premi possono essere: unici, periodici, unici ricorrenti. Il premio, sia esso unico o periodico, può essere rateizzato (o frazionato).

**Prescrizione:** estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti nascenti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di un anno.

**Questionario anamnestico** (questionario sanitario): è il documento che il contraente deve compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita del tipo caso morte o del tipo misto. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

**Riduzione:** in taluni tipi di assicurazioni sulla vita (polizza caso morte a vita intera; polizza caso vita con controassicurazione; polizza mista) facoltà dell'assicurato di conservare tale qualità, per un capitale ridotto (valore di riduzione), pur sospendendo il pagamento dei premi. Il capitale si riduce in proporzione al rapporto tra i premi versati e i premi originariamente previsti, sulla base di apposite clausole contrattuali.

**Riscatto:** in taluni tipi di assicurazioni sulla vita (polizza caso morte a vita intera; polizza caso vita con controassicurazione; polizza mista), è facoltà del contraente di recedere dal contratto, facendosi versare anticipatamente dall'assicuratore il valore di riduzione, calcolato sulla base di apposite clausole contrattuali.

**Riserva matematica:** principale riserva tecnica nelle assicurazioni sulla vita. Rappresenta il debito che l'impresa di assicurazione ha maturato nei confronti dei suoi assicurati. Essa è costituita dall'accantonamento di una quota dei premi di tariffa pagati dal contraente.

**Il presente Fascicolo informativo è stato redatto in Milano nel mese di Ottobre 2005, data dell'ultimo aggiornamento dei dati in esso inclusi.**

Mod. V/84R

Spedire a:

Helvetia Vita S.p.A.  
Linea Persona - Prodotti Tradizionali

Polizza n. \_\_\_\_\_

**HELVETIA DEFENSA TOP**

Agenzia \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_

Contraente \_\_\_\_\_

### **RICHIESTA DI PAGAMENTO**

Con la presente si richiede il pagamento della prestazione assicurata, a seguito della morte dell'Assicurato con la seguente modalità (barrare la casella prescelta)

bonifico sul conto corrente n° \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ ( CIN \_\_\_\_\_ , ABI \_\_\_\_\_ , CAB \_\_\_\_\_ )

assegno circolare intestato agli aventi diritto;

altro (specificare) \_\_\_\_\_

Si allegano i seguenti documenti (barrare la casella in corrispondenza di ogni documento allegato):

- 1  Denuncia, tramite lettera raccomandata, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato
- 2  Originale di polizza con le eventuali appendici emesse (in caso di smarrimento denuncia presso le autorità competenti)
- 3  Ultima quietanza di premio pagata
- 4  Certificato di morte dell'Assicurato
- 5  Codice fiscale e fotocopia di un documento d'identità degli aventi diritto
- 6  Decreto del giudice tutelare se l'avente diritto è persona giuridicamente incapace
- 7  Atto notorio (ovvero dichiarazione sostitutiva) per l'individuazione degli aventi diritto (da cui risulti che l'Assicurato è morto senza lasciare testamento) o copia del testamento dell'Assicurato
- 8  Relazione del medico curante dell'Assicurato circa le cause del decesso ed eventuali precedenti patologici
- 9  Copia integrale della cartella clinica relativa ad eventuali ricoveri dell'Assicurato presso ospedali e/o case di cura
- 10  Copia integrale degli atti di Polizia Giudiziaria intervenuta se il decesso è connesso a causa violenta

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

\_\_\_\_\_  
Firme degli aventi diritto

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Agente (per autenticità delle firme degli aventi diritto)

\_\_\_\_\_  
Firme degli aventi diritto

---

### **RICHIESTA DI VARIAZIONI**

Con la presente si richiede la seguente variazione sulla polizza in oggetto (barrare la casella relativa all'operazione richiesta):

CAMBIAMENTO DI BENEFICIO: il sottoscritto Contraente dichiara di attribuire il beneficio della polizza in oggetto come segue:

TRASFERIMENTO DEI DIRITTI DI CONTRAENZA: il sottoscritto Contraente dichiara di trasferire la contraenza del contratto a favore di: \_\_\_\_\_

(di cui si allega fotocopia del codice fiscale e di un documento di identità)

CAMBIO FREQUENZA DEI VERSAMENTI: il sottoscritto Contraente chiede, a partire dalla prima ricorrenza annuale del contratto successiva alla data della presente richiesta, la corresponsione dei premi con frequenza

ANNUALE     SEMESTRALE     QUADRIMESTRALE     TRIMESTRALE     MENSILE

INTERRUZIONE DEI VERSAMENTI: si comunica che, relativamente al contratto in oggetto, il Contraente ha sospeso il pagamento dei premi a partire dalla rata scadente il \_\_\_\_\_. N.B.: si prega di allegare le eventuali quietanze insolute.

ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Contraente

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Agente

\_\_\_\_\_  
Firma dell'eventuale Cessionario (nuovo Contraente)





***Ai sensi della Circolare ISVAP 551/D del 1/03/2005***

Il Fascicolo Informativo deve contenere la proposta di Assicurazione che deve esserne parte integrante e riportare una numerazione progressiva delle pagine, solidale con il fascicolo stesso. Il presente Fascicolo informativo è composto in totale da 20 pagine.

Ciò premesso, io sottoscritto \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Dichiaro di ricevere il fascicolo informativo comprensivo della proposta che può essere in carta chimica o stampata a laser da videoterminale.**

In Fede \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Copia per l'Agenzia

---

***Ai sensi della Circolare ISVAP 551/D del 1/03/2005***

Il Fascicolo Informativo deve contenere la proposta di Assicurazione che deve esserne parte integrante e riportare una numerazione progressiva delle pagine, solidale con il fascicolo stesso. Il presente Fascicolo informativo è composto in totale da 20 pagine.

Ciò premesso, io sottoscritto \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Dichiaro di ricevere il fascicolo informativo comprensivo della proposta che può essere in carta chimica o stampata a laser da videoterminale.**

In Fede \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Copia per la Direzione





## Proposta di assicurazione HELVETIA DEFENSA TOP

La presente proposta rappresenta la base legale dell'assicurazione che Lei desidera stipulare. In essa vengono stabilite le prestazioni assicurative ed il relativo premio da corrispondere. Come proponente, Lei può revocare la proposta fino al giorno di conclusione del contratto. **Le ricordiamo che, con la Sua firma, si assume la responsabilità di quanto vi è dichiarato, anche se le risposte sono scritte da terzi.**

N. 80/DT/

\_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_ Codice Agente \_\_\_\_\_ Cod. Subagente \_\_\_\_\_

**Assicurando**  
(da indicare solo se diverso dal Contraente)

\_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Sesso (M o F) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

**Contraente**

\_\_\_\_\_ Cognome e Nome – Ragione sociale \_\_\_\_\_ Codice Fiscale – P.IVA. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Sesso (M o F) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Estremi documento di identificazione  1 Carta identità  2 Patente  3 Passaporto  4 Porto d'armi  5 Altro \_\_\_\_\_  
 n° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Beneficiari** caso morte \_\_\_\_\_

**Dati Tecnici**

\_\_\_\_\_ Codice e descrizione tariffa (da compilare obbligatoriamente) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Decorrenza \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_ N. Premi \_\_\_\_\_ Frazionamento \_\_\_\_\_ Carenza \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Capitale da assicurare \_\_\_\_\_ Premio netto \_\_\_\_\_ di cui \_\_\_\_\_ Premio rischio morte \_\_\_\_\_

**Rata alla firma**

\_\_\_\_\_ Premio netto \_\_\_\_\_ Accessori \_\_\_\_\_ Imposte \_\_\_\_\_ Totale \_\_\_\_\_

**Rata successive**

\_\_\_\_\_ Premio netto \_\_\_\_\_ Accessori \_\_\_\_\_ Imposte \_\_\_\_\_ Totale \_\_\_\_\_

**Persona fisica che esegue l'operazione**

\_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Sesso (M o F) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in qualità di  contraente  legale rappresentante  delegato  altro \_\_\_\_\_

Estremi documento di identificazione  1 Carta identità  2 Patente  3 Passaporto  4 Porto d'armi  5 Altro \_\_\_\_\_  
 n° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Firma del Contraente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma dell'Agente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando (solo se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_

### AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione delle dichiarazioni, il soggetto di cui alla precedente lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate;
- c) la visita medica, il cui costo è a carico di Helvetia Vita, è obbligatoria per certificare l'effettivo stato di salute dell'assicurato.

---

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Da compilare anche in presenza della visita medica, che rammentiamo è obbligatoria per questo prodotto.

- 1) Fa uso o ha fatto uso di tabacco negli ultimi due anni? Se "SI", da quanto tempo, e in quale quantità giornaliera.  
\_\_\_\_\_
- 2) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe) e/o di alcolici? Se "SI" specificare quali, quantità e da quanto tempo.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3) Effettua viaggi abituali o ricorrenti in paesi pericolosi per il clima o situazioni politico- militari? Se "SI" specificare in quali paesi, quando e per quale motivo.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4) Nell'ambito della sua professione è esposto a particolari pericoli (per esempio contatto con materie esplosive, linee elettriche ad alta tensione, lavori su impalcature o tetti, in cave, miniere, pozzi, immobili in costruzione, guida di autocarri o autotreni, o altri)? Se "SI" si prega di specificare.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5) Pratica sport? Se "SI" precisare quali e se si tratta di sport/ attività pericolosi (quali ad esempio: subacquea, alpinismo, sport motoristici in genere, paracadutismo, parapendio, deltaplano o altri sport aerei).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 6) Ha in corso con l'Helvetia Vita S.p.A. altre polizze sulla vita? Se "SI", specificare numero di polizza e capitale assicurato.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 7) Ha mai ottenuto un rifiuto o differimento di una richiesta di assicurazione oppure un'accettazione a condizioni speciali?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Assicurando

---

### DICHIARAZIONI FINALI

L'assicurato:

- **È consapevole, ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Compagnia, che le notizie e dati di ordine sanitario ed informativo forniti costituiscono elemento fondamentale per la stipulazione della polizza e pertanto dichiara ad ogni effetto di legge, di aver risposto con esattezza e veridicità, di non avere taciuto od alterato alcuna circostanza in relazione alle domande di cui alle dichiarazioni, assumendosi quindi ogni responsabilità in merito alle stesse anche se le risposte sono state scritte da altri;**
- libera dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni è ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione delle suddette dichiarazioni nonché gli Ospedali, le Case di Cura, le Cliniche, gli Enti e Istituti in genere, pubblici e privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi, autorizzandoli ed invitandoli espressamente a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione.

Il Contraente:

- prende atto che la Compagnia si riserva di stabilire le condizioni di accettazione del rischio e che, di conseguenza, la presente proposta non può assumere efficacia di polizza;
- prende atto che l'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni soprariportate;
- è a conoscenza delle dichiarazioni fornite dall'assicurato.

Il contraente e l'assicurato:

- prendono atto che se l'assicurato non si sottopone a test HIV, si intende operante la condizione particolare di carenza per contratti senza test HIV;
- **dichiarano ad ogni effetto di legge, che le informazioni contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Compagnia, sono veritiere ed esatte,**

che non hanno taciuto, omissis od alterato alcuna circostanza in relazione alle domande ed alle dichiarazioni riportate all'interno del presente documento, assumendo ogni responsabilità delle risposte e delle dichiarazioni stesse, anche se materialmente scritte da altri.

Luogo e data

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurando (solo se diverso dal Contraente)

### Clausole da approvare espressamente

#### A) Condizioni di polizza

DICHIARO di aver preso conoscenza e di accettare in ogni loro parte le Condizioni di Polizza allegate e di approvare specificamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli: art. 2- Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; art. 3- Conclusione del contratto - Entrata in vigore della garanzia - Recesso; art. 4- Rischio di morte; art. 5- Pagamento del premio; art. 7- Risoluzione - Riduzione; art. 8- Riscatti - Prestiti; art. 11- Pagamento delle prestazioni; le Condizioni Particolari di Polizza.

#### B) Fascicolo informativo

DICHIARO DI AVER RICEVUTO IL FASCICOLO INFORMATIVO DI HELVETIA DEFENSA TOP.

Luogo e data

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurando (solo se diverso dal Contraente)

### Revocabilità della proposta

La presente proposta è revocabile, prima dell'emissione della polizza, a mezzo lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla direzione della Compagnia. La somma eventualmente corrisposta dal Contraente sarà restituita da Helvetia Vita S.p.A. entro 30 giorni dalla notifica della revoca. La Compagnia ha diritto di trattenere dal premio le spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, individuate nella percentuale del 3,0% applicata al premio versato, con un importo minimo in cifra fissa di 25,00 euro e massimo pari a 100,00 euro.

In caso di revoca, la Compagnia chiederà il pagamento delle spese da essa sostenute per le visite mediche obbligatorie dell'Assicurato. Tale importo è quantificato in 72,00 euro. Saranno inoltre richieste le spese per gli accertamenti sanitari peculiari previsti in funzione del sesso, dell'età, delle condizioni di salute dell'Assicurato e del capitale da assicurare. In tale caso, variando i costi degli esami a seconda dello specifico medico/ centro medico, convenzionato con Helvetia Vita su tutto il territorio nazionale, l'importo richiesto sarà quello dell'onorario del medico/ centro scelto tra quelli convenzionati che ha effettuato gli esami.

### Consenso al trattamento dei dati

#### Consenso dell'interessato ai sensi degli articoli 23 e 24 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, il/la sottoscritto/a, in qualità di interessato/a:

dà  nega

il consenso al trasferimento all'estero dei propri dati personali come indicato nell'articolo 7 della suddetta informativa (Paesi UE e Paesi Extra UE);

dà  nega

il consenso al trattamento dei dati personali per finalità d'informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi.

#### Consenso per il trattamento di dati sensibili ai sensi dell'art. 26 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, il/la sottoscritto/a, in qualità di interessato/a e consapevole, in particolare, che il trattamento potrà riguardare anche i dati "sensibili" di cui all'articolo 4, comma 1, lett. d) del decreto, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale":

dà  nega

il consenso al trattamento dei propri dati sensibili necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

dà  nega

il consenso alla comunicazione dei propri dati sensibili ai soggetti indicati al punto 5, lett. a) dell'informativa che li potranno sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1 lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge, consapevole che, in mancanza di consenso, la società non potrà dare corso ad operazioni che prevedono tali comunicazioni, con tutte le conseguenze illustrate in informativa.

dà  nega

il consenso al trasferimento dei propri dati sensibili all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi Extra UE).

Luogo e data

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurando (solo se diverso dal Contraente)

## Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (in seguito denominato Decreto), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

### 1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento

- a) È diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della Società stessa.

### 2. Modalità di trattamento dei dati

**Il trattamento:**

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

### 3. Conferimento dei dati

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

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

### 4. Rifiuto di conferimento dei dati

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

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

### 5. Comunicazione di dati

- a) I dati personali possono essere comunicati – per le finalità di cui al punto 1, lett. a) e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge – agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori, e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri ed il recupero dei crediti, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; Isvap, Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione);
- b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b) a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge).

### 6. Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

### 7. Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi Terzi rispetto all'Unione Europea.

### 8. Diritti dell'interessato

L'art. 7 del Decreto conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

### Titolare e responsabile del trattamento

Titolare del trattamento è **Helvetia Vita S.p.A.**, con sede in Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano (Italia).

Responsabile del trattamento informatico dei dati è GE.SI.ASS S.c. a r.l., Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano (Italia), fornitrice dei servizi informatici alla Società.

I relativi dati identificativi possono essere acquisiti presso il Registro pubblico tenuto dal predetto Garante presso la sede legale, le sedi periferiche e le agenzie della Società.



## Proposta di assicurazione HELVETIA DEFENSA TOP

La presente proposta rappresenta la base legale dell'assicurazione che Lei desidera stipulare. In essa vengono stabilite le prestazioni assicurative ed il relativo premio da corrispondere. Come proponente, Lei può revocare la proposta fino al giorno di conclusione del contratto. **Le ricordiamo che, con la Sua firma, si assume la responsabilità di quanto vi è dichiarato, anche se le risposte sono scritte da terzi.**

N. 80/DT/

\_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_ Codice Agente \_\_\_\_\_ Cod. Subagente \_\_\_\_\_

**Assicurando**  
(da indicare solo se diverso dal Contraente)  
\_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Sesso (M o F) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

**Contraente**  
\_\_\_\_\_ Cognome e Nome – Ragione sociale \_\_\_\_\_ Codice Fiscale – P.IVA. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Sesso (M o F) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Estremi documento di identificazione  1 Carta identità  2 Patente  3 Passaporto  4 Porto d'armi  5 Altro \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Beneficiari** caso morte \_\_\_\_\_

**Dati Tecnici**  
\_\_\_\_\_ Codice e descrizione tariffa (da compilare obbligatoriamente) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Decorrenza \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_ N. Premi \_\_\_\_\_ Frazionamento \_\_\_\_\_ Carenza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Capitale da assicurare \_\_\_\_\_ Premio netto \_\_\_\_\_ di cui \_\_\_\_\_ Premio rischio morte \_\_\_\_\_

**Rata alla firma**  
\_\_\_\_\_ Premio netto \_\_\_\_\_ Accessori \_\_\_\_\_ Imposte \_\_\_\_\_ Totale \_\_\_\_\_

**Rata successive**  
\_\_\_\_\_ Premio netto \_\_\_\_\_ Accessori \_\_\_\_\_ Imposte \_\_\_\_\_ Totale \_\_\_\_\_

**Persona fisica che esegue l'operazione**  
\_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Sesso (M o F) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in qualità di  contraente  legale rappresentante  delegato  altro \_\_\_\_\_

Estremi documento di identificazione  1 Carta identità  2 Patente  3 Passaporto  4 Porto d'armi  5 Altro \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Firma del Contraente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma dell'Agente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando (solo se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_

### AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione delle dichiarazioni, il soggetto di cui alla precedente lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate;
- c) la visita medica, il cui costo è a carico di Helvetia Vita, è obbligatoria per certificare l'effettivo stato di salute dell'assicurato.

---

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Da compilare anche in presenza della visita medica, che rammentiamo è obbligatoria per questo prodotto.

- 1) Fa uso o ha fatto uso di tabacco negli ultimi due anni? Se "SI", da quanto tempo, e in quale quantità giornaliera.  
\_\_\_\_\_
- 2) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe) e/o di alcolici? Se "SI" specificare quali, quantità e da quanto tempo.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3) Effettua viaggi abituali o ricorrenti in paesi pericolosi per il clima o situazioni politico- militari? Se "SI" specificare in quali paesi, quando e per quale motivo.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4) Nell'ambito della sua professione è esposto a particolari pericoli (per esempio contatto con materie esplosive, linee elettriche ad alta tensione, lavori su impalcature o tetti, in cave, miniere, pozzi, immobili in costruzione, guida di autocarri o autotreni, o altri)? Se "SI" si prega di specificare.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5) Pratica sport? Se "SI" precisare quali e se si tratta di sport/ attività pericolosi (quali ad esempio: subacquea, alpinismo, sport motoristici in genere, paracadutismo, parapendio, deltaplano o altri sport aerei).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 6) Ha in corso con l'Helvetia Vita S.p.A. altre polizze sulla vita? Se "SI", specificare numero di polizza e capitale assicurato.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 7) Ha mai ottenuto un rifiuto o differimento di una richiesta di assicurazione oppure un'accettazione a condizioni speciali?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Assicurando

---

### DICHIARAZIONI FINALI

L'assicurato:

- **È consapevole, ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Compagnia, che le notizie e dati di ordine sanitario ed informativo forniti costituiscono elemento fondamentale per la stipulazione della polizza e pertanto dichiara ad ogni effetto di legge, di aver risposto con esattezza e veridicità, di non avere taciuto od alterato alcuna circostanza in relazione alle domande di cui alle dichiarazioni, assumendosi quindi ogni responsabilità in merito alle stesse anche se le risposte sono state scritte da altri;**
- libera dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni è ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione delle suddette dichiarazioni nonché gli Ospedali, le Case di Cura, le Cliniche, gli Enti e Istituti in genere, pubblici e privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi, autorizzandoli ed invitandoli espressamente a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione.

Il Contraente:

- prende atto che la Compagnia si riserva di stabilire le condizioni di accettazione del rischio e che, di conseguenza, la presente proposta non può assumere efficacia di polizza;
- prende atto che l'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni soprariportate;
- è a conoscenza delle dichiarazioni fornite dall'assicurato.

Il contraente e l'assicurato:

- prendono atto che se l'assicurato non si sottopone a test HIV, si intende operante la condizione particolare di carenza per contratti senza test HIV;
- **dichiarano ad ogni effetto di legge, che le informazioni contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Compagnia, sono veritiere ed esatte,**



che non hanno taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in relazione alle domande ed alle dichiarazioni riportate all'interno del presente documento, assumendo ogni responsabilità delle risposte e delle dichiarazioni stesse, anche se materialmente scritte da altri.

Luogo e data

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurando (solo se diverso dal Contraente)

### Clausole da approvare espressamente

#### A) Condizioni di polizza

DICHIARO di aver preso conoscenza e di accettare in ogni loro parte le Condizioni di Polizza allegate e di approvare specificamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli: art. 2- Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; art. 3- Conclusione del contratto - Entrata in vigore della garanzia - Recesso; art. 4- Rischio di morte; art. 5- Pagamento del premio; art. 7- Risoluzione - Riduzione; art. 8- Riscatti - Prestiti; art. 11- Pagamento delle prestazioni; le Condizioni Particolari di Polizza.

#### B) Fascicolo informativo

DICHIARO DI AVER RICEVUTO IL FASCICOLO INFORMATIVO DI HELVETIA DEFENSA TOP.

Luogo e data

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurando (solo se diverso dal Contraente)

### Revocabilità della proposta

La presente proposta è revocabile, prima dell'emissione della polizza, a mezzo lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla direzione della Compagnia. La somma eventualmente corrisposta dal Contraente sarà restituita da Helvetia Vita S.p.A. entro 30 giorni dalla notifica della revoca. La Compagnia ha diritto di trattenere dal premio le spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, individuate nella percentuale del 3,0% applicata al premio versato, con un importo minimo in cifra fissa di 25,00 euro e massimo pari a 100,00 euro.

In caso di revoca, la Compagnia chiederà il pagamento delle spese da essa sostenute per le visite mediche obbligatorie dell'Assicurato. Tale importo è quantificato in 72,00 euro. Saranno inoltre richieste le spese per gli accertamenti sanitari peculiari previsti in funzione del sesso, dell'età, delle condizioni di salute dell'Assicurato e del capitale da assicurare. In tale caso, variando i costi degli esami a seconda dello specifico medico/ centro medico, convenzionato con Helvetia Vita su tutto il territorio nazionale, l'importo richiesto sarà quello dell'onorario del medico/ centro scelto tra quelli convenzionati che ha effettuato gli esami.

### Consenso al trattamento dei dati

#### Consenso dell'interessato ai sensi degli articoli 23 e 24 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, il/la sottoscritto/a, in qualità di interessato/a:

dà  nega

il consenso al trasferimento all'estero dei propri dati personali come indicato nell'articolo 7 della suddetta informativa (Paesi UE e Paesi Extra UE);

dà  nega

il consenso al trattamento dei dati personali per finalità d'informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi.

#### Consenso per il trattamento di dati sensibili ai sensi dell'art. 26 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, il/la sottoscritto/a, in qualità di interessato/a e consapevole, in particolare, che il trattamento potrà riguardare anche i dati "sensibili" di cui all'articolo 4, comma 1, lett. d) del decreto, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale":

dà  nega

il consenso al trattamento dei propri dati sensibili necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

dà  nega

il consenso alla comunicazione dei propri dati sensibili ai soggetti indicati al punto 5, lett. a) dell'informativa che li potranno sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1 lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge, consapevole che, in mancanza di consenso, la società non potrà dare corso ad operazioni che prevedono tali comunicazioni, con tutte le conseguenze illustrate in informativa.

dà  nega

il consenso al trasferimento dei propri dati sensibili all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi Extra UE).

Luogo e data

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurando (solo se diverso dal Contraente)

## Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (in seguito denominato Decreto), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

### 1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento

- a) È diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della Società stessa.

### 2. Modalità di trattamento dei dati

**Il trattamento:**

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

### 3. Conferimento dei dati

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

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

### 4. Rifiuto di conferimento dei dati

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

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

### 5. Comunicazione di dati

- a) I dati personali possono essere comunicati – per le finalità di cui al punto 1, lett. a) e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge – agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori, e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri ed il recupero dei crediti, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; Isvap, Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione);
- b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b) a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge).

### 6. Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

### 7. Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi Terzi rispetto all'Unione Europea.

### 8. Diritti dell'interessato

L'art. 7 del Decreto conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

### Titolare e responsabile del trattamento

Titolare del trattamento è **Helvetia Vita S.p.A.**, con sede in Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano (Italia).

Responsabile del trattamento informatico dei dati è GE.SI.ASS S.c. a r.l., Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano (Italia), fornitrice dei servizi informatici alla Società.

I relativi dati identificativi possono essere acquisiti presso il Registro pubblico tenuto dal predetto Garante presso la sede legale, le sedi periferiche e le agenzie della Società.



## Proposta di assicurazione HELVETIA DEFENSA TOP

La presente proposta rappresenta la base legale dell'assicurazione che Lei desidera stipulare. In essa vengono stabilite le prestazioni assicurative ed il relativo premio da corrispondere. Come proponente, Lei può revocare la proposta fino al giorno di conclusione del contratto. **Le ricordiamo che, con la Sua firma, si assume la responsabilità di quanto vi è dichiarato, anche se le risposte sono scritte da terzi.**

N. 80/DT/

\_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_ Codice Agente \_\_\_\_\_ Cod. Subagente \_\_\_\_\_

**Assicurando**  
(da indicare solo se diverso dal Contraente)

\_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Sesso (M o F) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

**Contraente**

\_\_\_\_\_ Cognome e Nome – Ragione sociale \_\_\_\_\_ Codice Fiscale – P.IVA. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Sesso (M o F) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Estremi documento di identificazione  1 Carta identità  2 Patente  3 Passaporto  4 Porto d'armi  5 Altro \_\_\_\_\_  
 n° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Beneficiari** caso morte \_\_\_\_\_

**Dati Tecnici**

\_\_\_\_\_ Codice e descrizione tariffa (da compilare obbligatoriamente) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Decorrenza \_\_\_\_\_ Durata \_\_\_\_\_ N. Premi \_\_\_\_\_ Frazionamento \_\_\_\_\_ Carenza \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Capitale da assicurare \_\_\_\_\_ Premio netto \_\_\_\_\_ di cui \_\_\_\_\_ Premio rischio morte \_\_\_\_\_

**Rata alla firma**

\_\_\_\_\_ Premio netto \_\_\_\_\_ Accessori \_\_\_\_\_ Imposte \_\_\_\_\_ Totale \_\_\_\_\_

**Rata successive**

\_\_\_\_\_ Premio netto \_\_\_\_\_ Accessori \_\_\_\_\_ Imposte \_\_\_\_\_ Totale \_\_\_\_\_

**Persona fisica che esegue l'operazione**

\_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Sesso (M o F) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in qualità di  contraente  legale rappresentante  delegato  altro \_\_\_\_\_

Estremi documento di identificazione  1 Carta identità  2 Patente  3 Passaporto  4 Porto d'armi  5 Altro \_\_\_\_\_  
 n° \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Firma del Contraente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma dell'Agente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurando (solo se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_

### AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione delle dichiarazioni, il soggetto di cui alla precedente lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate;
- c) la visita medica, il cui costo è a carico di Helvetia Vita, è obbligatoria per certificare l'effettivo stato di salute dell'assicurato.

---

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Da compilare anche in presenza della visita medica, che rammentiamo è obbligatoria per questo prodotto.

- 1) Fa uso o ha fatto uso di tabacco negli ultimi due anni? Se "SI", da quanto tempo, e in quale quantità giornaliera.  
\_\_\_\_\_
- 2) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe) e/o di alcolici? Se "SI" specificare quali, quantità e da quanto tempo.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3) Effettua viaggi abituali o ricorrenti in paesi pericolosi per il clima o situazioni politico- militari? Se "SI" specificare in quali paesi, quando e per quale motivo.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4) Nell'ambito della sua professione è esposto a particolari pericoli (per esempio contatto con materie esplosive, linee elettriche ad alta tensione, lavori su impalcature o tetti, in cave, miniere, pozzi, immobili in costruzione, guida di autocarri o autotreni, o altri)? Se "SI" si prega di specificare.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5) Pratica sport? Se "SI" precisare quali e se si tratta di sport/ attività pericolosi (quali ad esempio: subacquea, alpinismo, sport motoristici in genere, paracadutismo, parapendio, deltaplano o altri sport aerei).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 6) Ha in corso con l'Helvetia Vita S.p.A. altre polizze sulla vita? Se "SI", specificare numero di polizza e capitale assicurato.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 7) Ha mai ottenuto un rifiuto o differimento di una richiesta di assicurazione oppure un'accettazione a condizioni speciali?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Assicurando

---

### DICHIARAZIONI FINALI

L'assicurato:

- **È consapevole, ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Compagnia, che le notizie e dati di ordine sanitario ed informativo forniti costituiscono elemento fondamentale per la stipulazione della polizza e pertanto dichiara ad ogni effetto di legge, di aver risposto con esattezza e veridicità, di non avere taciuto od alterato alcuna circostanza in relazione alle domande di cui alle dichiarazioni, assumendosi quindi ogni responsabilità in merito alle stesse anche se le risposte sono state scritte da altri;**
- libera dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni è ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione delle suddette dichiarazioni nonché gli Ospedali, le Case di Cura, le Cliniche, gli Enti e Istituti in genere, pubblici e privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi, autorizzandoli ed invitandoli espressamente a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione.

Il Contraente:

- prende atto che la Compagnia si riserva di stabilire le condizioni di accettazione del rischio e che, di conseguenza, la presente proposta non può assumere efficacia di polizza;
- prende atto che l'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni soprariportate;
- è a conoscenza delle dichiarazioni fornite dall'assicurato.

Il contraente e l'assicurato:

- prendono atto che se l'assicurato non si sottopone a test HIV, si intende operante la condizione particolare di carenza per contratti senza test HIV;
- **dichiarano ad ogni effetto di legge, che le informazioni contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Compagnia, sono veritiere ed esatte,**

che non hanno taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in relazione alle domande ed alle dichiarazioni riportate all'interno del presente documento, assumendo ogni responsabilità delle risposte e delle dichiarazioni stesse, anche se materialmente scritte da altri.

Luogo e data

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurando (solo se diverso dal Contraente)

### Clausole da approvare espressamente

#### A) Condizioni di polizza

DICHIARO di aver preso conoscenza e di accettare in ogni loro parte le Condizioni di Polizza allegate e di approvare specificamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, i seguenti articoli: art. 2- Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; art. 3- Conclusione del contratto - Entrata in vigore della garanzia - Recesso; art. 4- Rischio di morte; art. 5- Pagamento del premio; art. 7- Risoluzione - Riduzione; art. 8- Riscatti - Prestiti; art. 11- Pagamento delle prestazioni; le Condizioni Particolari di Polizza.

#### B) Fascicolo informativo

DICHIARO DI AVER RICEVUTO IL FASCICOLO INFORMATIVO DI HELVETIA DEFENSA TOP.

Luogo e data

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurando (solo se diverso dal Contraente)

### Revocabilità della proposta

La presente proposta è revocabile, prima dell'emissione della polizza, a mezzo lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla direzione della Compagnia. La somma eventualmente corrisposta dal Contraente sarà restituita da Helvetia Vita S.p.A. entro 30 giorni dalla notifica della revoca. La Compagnia ha diritto di trattenere dal premio le spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, individuate nella percentuale del 3,0% applicata al premio versato, con un importo minimo in cifra fissa di 25,00 euro e massimo pari a 100,00 euro.

In caso di revoca, la Compagnia chiederà il pagamento delle spese da essa sostenute per le visite mediche obbligatorie dell'Assicurato. Tale importo è quantificato in 72,00 euro. Saranno inoltre richieste le spese per gli accertamenti sanitari peculiari previsti in funzione del sesso, dell'età, delle condizioni di salute dell'Assicurato e del capitale da assicurare. In tale caso, variando i costi degli esami a seconda dello specifico medico/ centro medico, convenzionato con Helvetia Vita su tutto il territorio nazionale, l'importo richiesto sarà quello dell'onorario del medico/ centro scelto tra quelli convenzionati che ha effettuato gli esami.

### Consenso al trattamento dei dati

#### Consenso dell'interessato ai sensi degli articoli 23 e 24 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, il/la sottoscritto/a, in qualità di interessato/a:

dà  nega

il consenso al trasferimento all'estero dei propri dati personali come indicato nell'articolo 7 della suddetta informativa (Paesi UE e Paesi Extra UE);

dà  nega

il consenso al trattamento dei dati personali per finalità d'informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi.

#### Consenso per il trattamento di dati sensibili ai sensi dell'art. 26 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, il/la sottoscritto/a, in qualità di interessato/a e consapevole, in particolare, che il trattamento potrà riguardare anche i dati "sensibili" di cui all'articolo 4, comma 1, lett. d) del decreto, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale":

dà  nega

il consenso al trattamento dei propri dati sensibili necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

dà  nega

il consenso alla comunicazione dei propri dati sensibili ai soggetti indicati al punto 5, lett. a) dell'informativa che li potranno sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1 lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge, consapevole che, in mancanza di consenso, la società non potrà dare corso ad operazioni che prevedono tali comunicazioni, con tutte le conseguenze illustrate in informativa.

dà  nega

il consenso al trasferimento dei propri dati sensibili all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi Extra UE).

Luogo e data

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurando (solo se diverso dal Contraente)

## Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (in seguito denominato Decreto), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

### 1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento

- a) È diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della Società stessa.

### 2. Modalità di trattamento dei dati

**Il trattamento:**

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

### 3. Conferimento dei dati

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

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

### 4. Rifiuto di conferimento dei dati

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

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

### 5. Comunicazione di dati

- a) I dati personali possono essere comunicati – per le finalità di cui al punto 1, lett. a) e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge – agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori, e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri ed il recupero dei crediti, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; Isvap, Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione);
- b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b) a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge).

### 6. Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

### 7. Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi Terzi rispetto all'Unione Europea.

### 8. Diritti dell'interessato

L'art. 7 del Decreto conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

### Titolare e responsabile del trattamento

Titolare del trattamento è **Helvetia Vita S.p.A.**, con sede in Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano (Italia).

Responsabile del trattamento informatico dei dati è GE.SI.ASS S.c. a r.l., Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano (Italia), fornitrice dei servizi informatici alla Società.

I relativi dati identificativi possono essere acquisiti presso il Registro pubblico tenuto dal predetto Garante presso la sede legale, le sedi periferiche e le agenzie della Società.





Protegge ciò che ti sta a cuore

**Compagnia Italo Svizzera di Assicurazioni sulla Vita S.p.A.**

Sede Legale e Direzione Generale  
20139 Milano - Via G.B. Cassinis, 21 - Telef. 02/5351.1 (20 linee) Fax 02/537289-5351352  
e-mail: [direzione.vita@helvetia.it](mailto:direzione.vita@helvetia.it) - [www.helvetia.it](http://www.helvetia.it)

Capitale Sociale Euro 13.416.000 i.v. - Numero di iscrizione del Registro delle imprese di Milano  
Cod. Fisc. e Part. I.V.A. 08575280154 - R.E.A. n. 1237091  
Impresa autorizzata con D.M. n. 17266 del 2/11/1987 pubbl. su G.U. n. 263 del 10/11/1987