



*CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.*

## Contratto di Assicurazione

Temporanea Caso Morte a Capitale e a Premio Annuo Costanti

# PENSIAMOCI INSIEME

**Mod. V.008.2014.PI**  
**Ed. 2022.06**

*Il presente contratto ha una natura facoltativa, garantisce all'Assicurato una tutela del proprio tenore di vita in caso di eventi imprevisti e non ha alcuna connessione con l'eventuale sottoscrizione di un prestito o di un mutuo, non costituendone condizione per ottenerlo, anche nel caso in cui venga proposto in concomitanza con l'erogazione dello stesso. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale o parziale del mutuo o del prestito la copertura assicurativa rimarrà invariata e in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di premio.*

*Il presente Set Informativo contenente:*

- *Documento Informativo Precontrattuale Vita*
- *Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Vita*
- *Condizioni di Assicurazione*
- *Glossario*
- *Modulo di Proposta*

*è stato realizzato seguendo le linee guida del tavolo tecnico ANIA- Associazioni Consumatori – Associazioni Intermediari per “Contratti Semplici e Chiari”*

*deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto o della Proposta di Assicurazione.*

***Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo***

# Assicurazione Temporanea Caso Morte



Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP VITA) CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.

Prodotto "PENSIAMOCI INSIEME"

Mod.V.008.2014 PI ed. 2022.06

Il presente DIP VITA aggiornato al 15/06/2022 è l'ultimo disponibile

**Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti. Che tipo di assicurazione è?**

Il prodotto PENSIAMOCI INSIEME è un Contratto di Assicurazione Temporanea Caso Morte a Capitale e a Premio Annuo Costanti.

Il presente contratto ha una natura facoltativa, garantisce all'Assicurato una tutela del proprio tenore di vita in caso di eventi imprevisi e non ha alcuna connessione con l'eventuale sottoscrizione di un prestito o di un mutuo, non costituendo condizione per ottenerlo, anche nel caso in cui venga proposto in concomitanza con l'erogazione dello stesso. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale o parziale del mutuo o del prestito la copertura assicurativa rimarrà invariata e in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di premio.



## Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

Il Contratto prevede in caso di decesso dell'Assicurato, in qualsiasi momento della durata contrattuale esso avvenga, la Compagnia corrisponde ai beneficiari designati in polizza l'importo pari al capitale assicurato indicato nel Modulo di Proposta e nel successivo Certificato di Assicurazione



## Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone fisiche:

**X** che alla data di scadenza della polizza superino 80 anni compiuti e che alla data di decorrenza abbiano meno di 18 anni;

**X** che svolgono una professione pericolosa e/o praticano sport pericolosi;

Inoltre non è assicurato:

**X** il dolo del Contraente o dei Beneficiari

**X** la partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti, invasioni, vandalismi compiuti o tentati dall'Assicurato

**X** il 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

**X** gli infortuni o malattie causati all'Assicurato da abuso di alcol e di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;

**X** la guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro; **X** le malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e non dichiarate;

**X** l'infezione da virus HIV o da sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o da sindromi o stati assimilabili, qualora il decesso avvenga entro 5 anni dalla conclusione del contratto o entro 7 anni qualora l'Assicurando rifiuti di sottoporsi all'accertamento previsto dall'Impresa.



## Ci sono limiti alla copertura?

**!** La polizza prevede un periodo di carenza di 180 giorni dalla data di decorrenza del contratto e si applica per tutti i contratti stipulati senza visita medica, o con la sola sottoscrizione del Questionario sullo Stato di Salute o del Questionario Sanitario.



### Dove vale la copertura?

La garanzia rischio Morte è coperta senza la previsione di limiti territoriali.



### Che obblighi ho?

- Dichiarare al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e degli eventuali Questionari le informazioni inerenti allo stato di salute che devono corrispondere a verità ed esattezza. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ovvero la nullità;
- Obbligo di sottoscrizione da parte del beneficiario qualora diverso dal contraente della proposta di adesione contenete il questionario sullo stato di salute inserito nella stessa o altra documentazione (Questionario, Rapporto di Visita Medica) eventualmente richiesta dalla Compagnia in relazione al capitale assicurato prescelto e all'età dell'Assicurato
- Dichiarare e comunicare alla Compagnia l'eventuale aggravamento e/o diminuzione del rischio verificatosi in corso di validità contrattuale;
- In caso di decesso dell'Assicurato dovranno essere presentati all'Impresa i seguenti documenti a cura del Contraente e dei Beneficiari:
  - certificato di morte dell'Assicurato in carta semplice;
  - relazione sanitaria rilasciata dal medico curante attestante la causa del decesso e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla data di inizio della patologia che ha causato il decesso, su modulo rilasciato dall'Impresa;
  - se vi è stato ricovero in ospedale o Istituto di Cura, copia integrale di eventuali cartelle cliniche relative al primo ricovero e ai successivi ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla patologia che ha causato il decesso;
  - in caso di morte violenta (infortunio, omicidio, suicidio, ecc.), copia del verbale delle Forze dell'Ordine o certificato della Procura o altro documento rilasciato dall'Autorità Competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
  - copia dell'eventuale referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
  - copia autentica del testamento o, nell'ipotesi in cui questo non sia stato redatto, dichiarazione sostitutiva dell'atto notorietà dalla quale risulti se l'Assicurato abbia o meno eredi legittimi;
  - nel caso di designazione beneficiaria agli eredi legittimi, tra i quali vi sia la vedova dell'Assicurato, una dichiarazione, sottoscritta dal medico curante, la quale attesti che la vedova non si trovi in stato di gravidanza;
  - in caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione dell'indennizzo da parte del Tutore;
  - benestare dell'eventuale creditore vincolatario o pignoratizio in difetto del quale il pagamento sarà effettuato al detto creditore;
  - copia del documento d'identità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
  - ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Compagnia;

La documentazione dovrà essere trasmessa all'impresa con raccomandata con ricevuta di ritorno e l'impresa liquiderà il capitale assicurato al ricevimento di tutta la documentazione prevista.



### Quando e come devo pagare?

- Le prestazioni contrattuali sono erogate a fronte del pagamento di premi annui di importo costante, corrisposti in via anticipata per l'intera durata contrattuale.
- Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata, all'ammontare del capitale assicurato, all'età dell'Assicurato nonché al suo stato di salute e alle attività svolte.
- In mancanza del pagamento anche solo di una delle rate di premio previste dal contratto, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, la garanzia viene sospesa;
- Il premio può essere corrisposto anche in rate sub-annuali (mensili, trimestrali e semestrali) e in tal caso si applicano le addizionali di frazionamento (rata minima € 50).

MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI: assegni, bonifici.

Non è consentito il pagamento in contanti.



#### Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto ha una durata pluriennale scelta dal Contraente con un minimo di 5 anni e un massimo di 35 anni. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 dalla data di decorrenza indicata nella proposta e nel Certificato di Assicurazione se il premio è stato corrisposto in quella data o in data antecedente, altrimenti avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. L'Assicurazione cessa alla scadenza prevista in polizza in base alla durata contrattuale.



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

**REVOCA DELLA PROPOSTA:** La proposta contrattuale può essere revocata nel periodo antecedente la conclusione del contratto mediante l'invio all'indirizzo della Compagnia di una raccomandata con avviso di ricevimento. Successivamente la Compagnia rimborserà al Contraente l'eventuale premio corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla revoca.

**RECESSO:** il contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto inviando una raccomandata con avviso di ricevimento alla Compagnia. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione la Compagnia ha l'obbligo di rimborsare il premio eventualmente corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e della quota parte di premio relativa al periodo nel quale il contratto ha avuto effetto.

**RISOLUZIONE DEL CONTRATTO:** non prevista, salvo il caso di insolvenza per mancato pagamento dei premi Trascorsi 12 mesi e senza facoltà di riattivazione.



#### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Il presente prodotto non prevede valori di riduzione né di riscatto e in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta e i premi pagati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

# Assicurazione Temporanea Caso Morte



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

CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.  
Prodotto "PENSIAMOCI INSIEME"

Mod.V.008.2014 PI ed. 2022.06

Il presente DIP Aggiuntivo VITA aggiornato al 15/06/2022 è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene le 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 della Compagnia.

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

**CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.** - Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma – Italia, tel. 06 51294 600 fax 06 51294 960; sito: [www.cfassicurazioni.com](http://www.cfassicurazioni.com) – e-mail: [info@cfassicurazionilife.com](mailto:info@cfassicurazionilife.com) - [cfassicurazionilifespa@pec.it](mailto:cfassicurazionilifespa@pec.it)

**Le coperture assicurative Vita sono garantite da CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.** Sede Legale e Direzione Generale: Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma – Italia, tel. 06 51294 600 fax 06 51294 960, sito: [www.cfassicurazioni.com](http://www.cfassicurazioni.com) – e-mail: [info@cfassicurazionilife.com](mailto:info@cfassicurazionilife.com) - [cfassicurazionilifespa@pec.it](mailto:cfassicurazionilifespa@pec.it) - Capitale sociale 6.700.000,00 di Euro i.v. - P.IVA n. 03801541008 Cod. F. 09623620151 REA CCIAA Roma n. 702453 Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n.1.00096. Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 15/02/1991 (G.U: n.47 del 25/02/1991) e del 02/03/1993 (G.U: n.58 del 03/11/1993) provvedimento IVASS (già ISVAP) n.51-14-000507 del 02/04/2014 Società del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042.

**Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa:**

**CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.** L'ammontare del patrimonio netto al 31 dicembre 2021 è pari a euro 8.604.820 di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a euro 6.700.000 mentre la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato d'esercizio, è pari a euro 1.904.820.

- Requisito patrimoniale di solvibilità: euro 6.182.686
- Requisito patrimoniale minimo: euro 3.700.000
- Fondi propri ammissibili per soddisfare il requisito patrimoniale di solvibilità: euro 10.825.159;
- L'indice di solvibilità è pari al 175,09% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei Fondi Propri Ammissibili (Eligible Own Fund) e l'ammontare del Requisito di Solvibilità (SCR) richiesto dalla normativa vigente. I dati sono relativi all'ultimo Bilancio approvato e sono disponibili sul sito all'interno della Relazione Unica relativa alla solvibilità e alla condizione finanziaria 2021 del Gruppo CF Assicurazioni.

**Al contratto si applica la legge Italiana.**



**Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?**

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



**Che cosa non è assicurato?**

Si riportano di seguito le informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita:

<p><b>Rischi esclusi</b></p>	<p>Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del decesso – senza limiti territoriali - salvo i casi in cui il decesso sia causato da:</p> <p>partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi</p> <p>partecipazione attiva dell'Assicurato a operazioni militari o partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che quest'ultima non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere ugualmente prestata su richiesta, alle condizioni stabilite dal competente Ministero</p> <p>partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti, invasioni, vandalismi compiuti o tentati dall'Assicurato</p> <p>incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio</p> <p>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</p> <p>infortuni o malattie causati all'Assicurato da abuso di alcol e di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza pratica di sport pericolosi quali, ad esempio: sport aerei in genere (paracadutismo, deltaplano, parapendio, ULM, elicottero, aliante, ecc.); alpinismo, scalate, accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, escursioni alpine superiori a 3.000 m, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, bob, guidoslitta; speleologia; caccia grossa, safari; equitazione (competizioni equestri); skeleton; rafting; partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore; motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (a più di 60 miglia dalla costa); competizioni ciclistiche; canoa, kayak; pugilato e lotta; atletica pesante; sport a livello professionale</p> <p>guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro</p> <p>malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e non dichiarate</p> <p>infezione da virus HIV o da sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o da sindromi o stati assimilabili, qualora il decesso avvenga entro 5 anni dalla conclusione del contratto o entro 7 anni qualora l'Assicurando rifiuti di sottoporsi all'accertamento previsto dalla Compagnia trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche.</p> <p>In tutti i suddetti casi, l'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.</p> <p>infortuni o malattie causati all'Assicurato da abuso di alcol e di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza pratica di sport pericolosi quali, ad esempio: sport aerei in genere (paracadutismo, deltaplano, parapendio, ULM, elicottero, aliante, ecc.); alpinismo, scalate, accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, escursioni alpine superiori a 3.000 m, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, bob, guidoslitta; speleologia; caccia grossa, safari; equitazione (competizioni equestri); skeleton; rafting; partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore; motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (a più di 60 miglia dalla costa); competizioni ciclistiche; canoa, kayak; pugilato e lotta; atletica pesante; sport a livello professionale</p> <p>guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro</p> <p>malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e non dichiarate</p> <p>infezione da virus HIV o da sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o da sindromi o stati assimilabili, qualora il decesso avvenga entro 5 anni dalla conclusione del contratto o entro 7 anni qualora l'Assicurando rifiuti di sottoporsi all'accertamento previsto dalla Compagnia trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche.</p> <p>In tutti i suddetti casi, l'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.</p>
------------------------------	--

	<p>Non sono altresì assicurabili le persone che svolgono una delle seguenti attività professionali:</p> <p>militare; vigile del fuoco; guardia giurata; addetto al soccorso alpino; lavoro su tetti o impalcature ad altezza superiore a 20 m (es.: muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino); attività che implicino contatto/uso di sostanze nocive, tossiche, esplosive e/o radioattive; attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V; attività subacquee (es.: sommozzatore); attività nel sottosuolo (es.: speleologo, minatore); attività in alta montagna (es.: guida alpina); pilota o membro dell'equipaggio di aerei privati e/o elicotteri; istruttore di volo; skipper; collaudatore di autoveicoli e motocicli; pilota professionista; acrobata; domatore di belve; cascatore; magistrato operante in settore a rischio (es.: antimafia); attività che prevedono soggiorni prolungati in paesi a rischio guerra/terrorismo (es.: diplomatico, giornalista).</p> <p>Su richiesta del Contraente e/o dell'Assicurato l'Impresa si riserva di valutare le attività lavorative e/o sportive svolte anche saltuariamente, dichiarate prima della conclusione del contratto, previa sottoscrizione di apposito questionario.</p>
--	---

 <b>Ci sono limiti alla copertura?</b>
<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</p>

 <b>Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?</b>	
<b>Cosa fare in caso di evento?</b>	<p><b>Denuncia:</b> non vi sono informazioni ulteriori</p> <p><b>Prescrizione:</b> I diritti derivanti dalle polizze vita si prescrivono in 10 anni dalla data dell'evento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- decesso dell'assicurato;</li> <li>- scadenza del contratto.</li> </ul> <p>Oltre tale ultimo termine, la Compagnia dovrà devolvere le somme al Fondo Rapporti Dormienti istituito presso la CONSAP</p> <p><b>Liquidazione della prestazione:</b> Decorsi 30 giorni dal ricevimento dell'ultimo dei documenti necessari, l'Impresa corrisponderà agli aventi diritto le somme dovute attraverso bonifici bancari sulle coordinate che verranno comunicate dai Beneficiari. Qualora si verifichi il sinistro durante la prima annualità assicurativa e il premio non sia stato corrisposto per intero, per poter procedere alla liquidazione, la parte di premio residua dovrà essere versata dal Beneficiario della polizza, prima della liquidazione stessa.</p>
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	<p>In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti relative a circostanze tali per cui l'Impresa, se le avesse conosciute, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle stesse condizioni, la stessa ha diritto:</p> <p>a) in caso di dolo o colpa grave, di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto le inesattezze o la reticenza delle dichiarazioni fornite dal Contraente e dall'Assicurato;</li> <li>- rifiutare qualsiasi pagamento al verificarsi del sinistro;</li> </ul> <p>b) nel caso non esista dolo o colpa grave di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ridurre, le somme assicurate al verificarsi del sinistro in relazione al maggior rischio accertato;</li> <li>- recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza</li> </ul> <p>L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica delle prestazioni in base all'età reale.</p>

 <b>Quando e come devo pagare?</b>	
<b>Premio</b>	<p>Si riportano di seguito le informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita:            Non sono previsti meccanismi di indicizzazione/adeguamento del premio e i premi pagati sulle assicurazioni sulla vita non sono attualmente soggetti ad alcuna imposta.            A richiesta del Contraente il premio può essere corrisposto anche in rate sub-annuali (mensili, trimestrali e semestrali) e in tal caso si applicano le addizionali di frazionamento previste.            Nei casi in cui venga richiesto il frazionamento del premio in rate sub-annuali, la rata non dovrà essere inferiore a € 50.            Rileviamo altresì che non sono previste tecniche di vendita multilevel marketing.            Il pagamento dei premi avviene direttamente presso l'Intermediario che ha distribuito il contratto, nel rispetto ed entro i limiti fissati dalle vigenti disposizioni di legge.            In mancanza di intermediario, il Contraente potrà versare il premio direttamente sul conto corrente bancario intestato a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.</p>
<b>Rimborso</b>	È previsto solo nei casi di esercizio da parte del Contraente del diritto di revoca esercitabile nel periodo antecedente la conclusione del contratto o il diritto di recesso entro 30 giorni dalla conclusione del contratto.
<b>Sconti</b>	Il prodotto non prevede sconti di premio.

 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
<b>Durata</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
<b>Sospensione</b>	<p>Il prodotto prevede che il mancato pagamento del premio, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione della garanzia e i premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.            È facoltà del Contraente riattivare il contratto anche in caso di periodo di mancato pagamento superiore a 6 mesi, ma non superiore a 12 mesi.            Trascorsi 12 mesi dalla data del primo pagamento insoluto, il contratto è risolto e non può più essere riattivato e nulla è più dovuto da parte della Compagnia.</p>

 <b>Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?</b>	
<b>Revoca</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
<b>Recesso</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
<b>Risoluzione</b>	Non vi sono informazioni ulteriori.

 <b>Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO</b>	
<b>Valori di riscatto e riduzione</b>	Il contratto non prevede valori di riduzione né di riscatto e in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta e i premi pagati resteranno acquisiti dalla Compagnia.
<b>Richiesta di informazioni</b>	Non previste.

 <b>A chi è rivolto questo prodotto?</b>	
<p>A tutte le persone che intendono assicurare ai beneficiari della polizza, generalmente al nucleo familiare quindi, un capitale immediato e quindi una risorsa economia aggiuntiva ed immediata, con la quale far fronte al decesso improvviso dell'assicurato (garanzia decesso).</p>	

 <b>Quali costi devo sostenere?</b>	
<p><b>Valutazione del rischio da assumere:</b> I costi della visita, degli accertamenti e degli eventuali approfondimenti medici richiesti sono a totale carico del Contraente/Assicurato e non vengono rimborsati dall'Impresa.</p> <p><b>Costi per frazionamento del premio in rate sub-annuali:</b> sono applicati gli interessi, come di seguito indicato: Mensile 2% Trimestrale 1.5% Semestrale 1%.</p> <p><b>Spese di emissione:</b> Il presente contratto prevede spese di emissione pari a € 10 e € 10 per costi fissi.</p> <p><b>Tabella sui costi gravanti sul premio:</b></p> <p>-Prima annualità -&gt; € 10 per spese di emissione + caricamenti percentuale sul premio 18%;</p> <p>-Annualità successive -&gt; € 10 per costi fissi + caricamenti percentuale sul premio 18%.</p> <p><b>Tabella sui costi per riscatto:</b> Non previsti per la tipologia di prodotto.</p> <p><b>Tabella sui costi per l'erogazione della rendita:</b> Non previsti per la tipologia di prodotto.</p> <p><b>Costi per l'esercizio delle opzioni:</b> Non previsti per la tipologia di prodotto.</p> <p><b>Costi di intermediazione:</b> La quota parte percepita dall'intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 36,40 %.</p>	

<b>COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?</b>	
<b>All'Impresa assicuratrice</b>	<p>I reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio reclami di CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. all'indirizzo in Roma – Via Paolo di Dono 73 – 00142 o tramite e-mail alla seguente casella di posta elettronica: <a href="mailto:reclami@cfassicurazionilife.com">reclami@cfassicurazionilife.com</a> e qualora si utilizzi un account di posta certificata si può utilizzare l'indirizzo <a href="mailto:reclamicliflife@pec.it">reclamicliflife@pec.it</a></p> <p>I reclami dovranno contenere:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</li> <li>individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</li> <li>breve descrizione del motivo di lamentela;</li> <li>ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</li> </ol>
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione:</b>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a></p> <p>Ove la mediazione di qualsiasi controversia relativa alla Polizza e ai rispettivi Certificati di Assicurazione sia obbligatoria, essa è deferita all'organismo di mediazione ADR Center. La procedura di mediazione si svolgerà nella sede del predetto organismo più vicina al luogo del Foro competente per l'azione giudiziaria.</p>
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi delle controversie</b>	<p>In caso di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: <a href="http://ec.europa.eu/internalmarket/finances-retail/finnet/indexen.htm">http://ec.europa.eu/internalmarket/finances-retail/finnet/indexen.htm</a>)</p> <p>In relazione alle controversie inerenti alla quantificazione delle prestazioni e all'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.</p>
<b>REGIME FISCALE</b>	
<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	I premi pagati sulle Assicurazioni sulla Vita non sono attualmente soggetti ad alcuna imposta. Eventuali oneri fiscali che dovessero in futuro essere applicati per legge al presente Contratto saranno a carico del Contraente.

**AVVERTENZE:**

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI 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 POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO**

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### Temporanea Caso Morte a Capitale e a Premio Annuo Costanti

*Il presente contratto ha una natura facoltativa, garantisce all'Assicurato una tutela del proprio tenore di vita in caso di eventi imprevisti e non ha alcuna connessione con l'eventuale sottoscrizione di un prestito/mutuo, non costituendone condizione per ottenerlo, anche nel caso in cui venga proposto in concomitanza con l'erogazione dello stesso.*

*Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale o parziale del mutuo/prestito la copertura assicurativa rimarrà invariata e in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di premio.*

Il presente documento è aggiornato al 15.06.2022 ed è stato realizzato seguendo le linee guida del tavolo tecnico ANIA- Associazioni Consumatori – Associazioni Intermediari per “Contratti Semplici e Chiari”

## INDICE

<b>Art. 1 - Obblighi dell'Impresa</b>	<b>Pag. 3</b>
<b>Art. 2 – Oggetto dell'assicurazione</b>	<b>Pag. 3</b>
<b>Art. 3 – Limiti di età dell'Assicurato</b>	<b>Pag. 3</b>
<b>Art. 4 - Capitale assicurato</b>	<b>Pag. 3</b>
<b>Art. 5 - Durata del contratto</b>	<b>Pag. 3</b>
<b>Art. 6 - Modalità di adesione al contratto (documentazione medica, ecc.) - Griglia di assunzione</b>	<b>Pag. 3</b>
<b>Art. 7 - Esclusioni</b>	<b>Pag. 5</b>
<b>Art. 8 - Carenza</b>	<b>Pag. 6</b>
<b>Art. 9 - Premio</b>	<b>Pag. 7</b>
<b>Art. 10 – Mancato pagamento del premio</b>	<b>Pag. 8</b>
<b>Art. 11 – Ripresa del pagamento del premio – Riattivazione</b>	<b>Pag. 8</b>
<b>Art. 12 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato</b>	<b>Pag. 9</b>
<b>Art. 13 - Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale (Art. 1926 del Codice Civile)</b>	<b>Pag. 9</b>
<b>Art. 14 - Diminuzione del rischio in corso di validità contrattuale (art. 1897 del Codice Civile)</b>	<b>Pag. 9</b>
<b>Art. 15 - Beneficiari</b>	<b>Pag. 10</b>
<b>Art. 16 - Conclusione del contratto e Decorrenza delle coperture assicurative</b>	<b>Pag. 10</b>
<b>Art. 17 - Revoca della proposta</b>	<b>Pag. 10</b>
<b>Art. 18 - Diritto di recesso</b>	<b>Pag. 11</b>
<b>Art. 19 - Documentazione in caso di sinistro</b>	<b>Pag. 11</b>
<b>Art. 20 - Riscatto, riduzione, prestito</b>	<b>Pag. 12</b>
<b>Art. 21 - Cessione, pegno, vincolo</b>	<b>Pag. 12</b>
<b>Art. 22 - Imposte</b>	<b>Pag. 12</b>
<b>Art. 23 – Forma delle comunicazioni / Prova del contratto</b>	<b>Pag. 12</b>
<b>Art. 24 – Rinvio alle norme di legge</b>	<b>Pag. 12</b>
<b>Art. 25 - Foro competente</b>	<b>Pag. 12</b>
<b>Art. 26 – Reclami</b>	<b>Pag. 13</b>
<b>Art. 27 – Prescrizione</b>	<b>Pag. 14</b>

### **Art. 1 - Obblighi dell'Impresa**

Gli obblighi dell'Impresa risultano esclusivamente dalle presenti Condizioni di Assicurazione, dalla documentazione presentata e firmata dal Contraente/Assicurato prima della sottoscrizione, dal Contratto e dalle Appendici emesse e firmate dall'Impresa stessa.

### **Art. 2 – Oggetto dell'assicurazione**

Il presente contratto è un'assicurazione temporanea per il caso di morte con cui in caso di decesso dell'Assicurato, in qualsiasi momento della durata contrattuale esso avvenga, l'Impresa si obbliga a corrispondere ai Beneficiari designati in polizza l'importo pari al capitale assicurato indicato.

Il contratto ha una durata pluriennale scelta dal Contraente con un minimo di 5 anni e un massimo di 35 anni.

La prestazione della garanzia è subordinata alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato, come previsto dall'Art.6 "Modalità di adesione al contratto (documentazione medica, ecc.) – Griglia di assunzione" delle presenti Condizioni di Assicurazione.

**In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa e i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa stessa.**

**Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa – senza limiti territoriali – salvo le limitazioni previste all'art. 7 "Esclusioni" delle presenti Condizioni di Assicurazione.**

### **Art. 3 – Limiti di età dell'Assicurato**

**L'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto non deve essere inferiore ai 18 anni compiuti e superiore ai 75. L'età dell'Assicurato alla scadenza del contratto non deve essere superiore agli 80 anni.**

L'età dell'Assicurato è calcolata in anni interi, determinata trascurando la frazione di anno inferiore o uguale a sei mesi e arrotondando a un anno intero le frazioni d'anno superiori a sei mesi.

### **Art. 4 - Capitale assicurato**

Il capitale per il caso di decesso dell'Assicurato è indicato in polizza.

**Il capitale minimo assicurabile è pari a 50.000 Euro.**

Il capitale assicurato sarà pagato ai Beneficiari designati in polizza in caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

### **Art. 5 - Durata del contratto**

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e quella di scadenza indicate in polizza.

Questo contratto ha una durata pluriennale con un **minimo di 5 anni** e un **massimo di 35 anni** a scelta del Contraente prima della decorrenza della copertura.

### **Art. 6 - Modalità di adesione al contratto (documentazione medica, ecc.) - Griglia di assunzione**

Per consentire la corretta valutazione del rischio da parte dell'Impresa è necessario che l'Assicurando fornisca la documentazione indicata nello schema che segue, indicata in relazione all'età dell'Assicurando stesso e al capitale da assicurare richiesto:

Capitale in Euro	Età dell'Assicurando alla data di sottoscrizione		
	Fino a 49 anni	Da 50 a 59 anni	Da 60 anni
Fino a 200.000 Euro	Questionario sullo Stato di Salute allegato alla proposta	Questionario sullo Stato di Salute allegato alla proposta	Questionario Sanitario Rapporto di Visita Medica Esame urine
da 200.001 Euro a 250.000 Euro	Questionario Sanitario	Questionario Sanitario	Tutto quanto sopra + Sierologia virale Esami ematochimici PSA
da 250.001 Euro a 550.000 Euro	Questionario Sanitario Rapporto di Visita Medica Esame urine Sierologia virale Esami ematochimici ECG	Questionario Sanitario Rapporto di Visita Medica Esame urine Sierologia virale Esami ematochimici PSA - ECG	Tutto quanto sopra + Visita specialistica cardiologica incluso ECG
da 550.001 Euro a 1.000.000 Euro	Tutto quanto sopra + Certificato del medico di famiglia Visita specialistica cardiologica AFP, CEA	Tutto quanto sopra + Certificato del medico di famiglia Visita specialistica cardiologica AFP, CEA	Tutto quanto sopra + Certificato del medico di famiglia AFP, CEA
oltre 1.000.000 Euro	Riservato alla Direzione	Riservato alla Direzione	Riservato alla Direzione

**Esami ematochimici:** Emocromo completo con piastrine, VES, acido urico, glicemia, colesterolemia totale e HDL, trigliceridemia, creatininemia, transaminasi (AST+ALT) + Gamma GT, bilirubinemia totale e frazionata, elettroforesi sieroproteica, fosfatasi alcalina, tempo di protrombina  
**Esame urine:** Esame completo delle urine in laboratorio  
**Sierologia virale:** Test HIV 1-2 (salvo i casi in cui è prevista la carenza) + HBsAg + anti HCV  
**PSA:** Prostatic Specific Antigen, per assicurati di sesso maschile

In relazione al capitale da garantire richiesto dall'Assicurando e alla sua età anagrafica, l'Impresa può richiedere la sola sottoscrizione del Modulo di Proposta, che contiene il Questionario sullo Stato di Salute, ovvero la presentazione di documentazione medica (Questionario sanitario + visita medica + esami medici + eventuali approfondimenti).

Il premio viene calcolato tenendo conto della valutazione di tale documentazione.

**I costi della visita, degli accertamenti e degli eventuali approfondimenti medici richiesti sono a totale carico del Contraente/Assicurato e non vengono rimborsati dall'Impresa. In caso di sottoscrizione della polizza, la documentazione originale viene trattenuta dall'Impresa.**

Qualora l'Assicurando possa sottoscrivere il Questionario sullo Stato di Salute, il contratto si ritiene concluso al momento dell'adesione, previo pagamento del premio annuo o della prima rata di premio e consegna da parte dell'Impresa del Certificato di Assicurazione firmato.

Qualora l'Assicurando non possa sottoscrivere il Questionario sullo Stato di Salute, per ragioni di salute o perché richiede un capitale più elevato per il quale è necessaria la visita medica, il contratto si ritiene concluso al termine del processo di valutazione del rischio da effettuarsi attraverso la sottoscrizione di Questionario Sanitario e presentazione degli esiti della documentazione medica eventualmente prevista per il livello di capitale assicurato richiesto e per l'età dell'Assicurato.

L'Impresa invierà all'Assicurato il Certificato di Assicurazione firmato, completo con eventuali indicazioni di sovrappremio o limitazioni di copertura.

## **Art. 7 - Esclusioni**

**Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del decesso – senza limiti territoriali - salvo i casi in cui il decesso sia causato da:**

- a) dolo del Contraente o dei Beneficiari**
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi**
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a operazioni militari o partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che quest'ultima non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere ugualmente prestata su richiesta, alle condizioni stabilite dal competente Ministero**
- d) partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti, invasioni, vandalismi compiuti o tentati dall'Assicurato**
- e) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio**
- f) 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) infortuni o malattie causati all'Assicurato da abuso di alcol e di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza**
- h) pratica di sport pericolosi quali, ad esempio: sport aerei in genere (paracadutismo, deltaplano, parapendio, ULM, elicottero, aliante, ecc.); alpinismo, scalate, accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, escursioni alpine superiori a 3.000 m, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, bob, guidoslitta; speleologia; caccia grossa, safari; equitazione (competizioni equestri); skeleton; rafting; partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore; motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela (a più di 60 miglia dalla costa); competizioni ciclistiche; canoa, kayak; pugilato e lotta; atletica pesante; sport a livello professionale**
- i) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro**
- j) malattie e/o conseguenze di situazioni patologiche o di lesioni già note all'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e non dichiarate**
- k) infezione da virus HIV o da sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o da sindromi o stati assimilabili, qualora il decesso avvenga entro 5 anni dalla conclusione del contratto o entro 7 anni qualora l'Assicurando rifiuti di sottoporsi all'accertamento previsto dall'Impresa, come indicato all' art. 8 "Carenza" che segue**
- l) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche.**

In tutti i suddetti casi, l'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

**Non sono assicurabili le persone che svolgono una delle seguenti attività professionali: militare; vigile del fuoco; guardia giurata; addetto al soccorso alpino; lavoro su tetti o impalcature ad altezza superiore a 20 m (es.: muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino); attività che implicino contatto/uso di sostanze nocive, tossiche, esplosive e/o radioattive; attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V; attività subacquee (es.: sommozzatore); attività nel sottosuolo (es.: speleologo, minatore); attività in alta montagna (es.: guida alpina); pilota o membro dell'equipaggio di aerei privati e/o elicotteri; istruttore di volo; skipper; collaudatore di autoveicoli e motocicli; pilota professionista; acrobata; domatore di belve; cascatore; magistrato operante in settore a rischio (es.: antimafia); attività che prevedono soggiorni prolungati in paesi a rischio guerra/terrorismo (es.: diplomatico, giornalista).**

Su richiesta del Contraente e/o dell'Assicurato l'Impresa si riserva di valutare le attività lavorative e/o sportive svolte anche saltuariamente, dichiarate prima della conclusione del contratto, previa sottoscrizione di apposito questionario.

La valutazione sarà oggetto di specifica dichiarazione riportata su Appendice alla polizza che potrà:

- Includere l'attività professionale o sportiva, con eventuale versamento di sovrappremio;
- Escludere dalla garanzia il decesso dovuto all'attività professionale o sportiva dichiarata.

**Si richiama l'attenzione sulla necessità del Contraente e dell'Assicurato di dare comunicazione entro 30 giorni all'Impresa qualora l'Assicurato inizi a svolgere una delle attività professionali o sportive escluse per consentire di valutare il nuovo stato di rischio, come previsto dal successivo art.13 "Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale (Art. 1926 del Codice Civile)".**

#### **Art. 8 - Carenza**

**La presente copertura prevede un periodo di carenza di 180 giorni dalla data di decorrenza del contratto.**

La carenza è il periodo di tempo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci, e se l'evento assicurato si verifica in tale periodo l'Impresa non corrisponde la prestazione assicurata.

**La carenza si applica per tutti i contratti stipulati senza visita medica, o con la sola sottoscrizione del Questionario sullo Stato di Salute o del Questionario Sanitario.**

**Il periodo di carenza si intende annullato e quindi la copertura decorre immediatamente all'atto della firma, qualora l'Assicurando si sottoponga a visita medica e agli esami clinici eventualmente previsti per il capitale prescelto e in relazione all'età dell'Assicurando stesso. L'Impresa verifica gli esiti di tali documenti e conferma le condizioni alle quali è disponibile ad accettare di prestare la copertura (a premio di tariffa, con applicazione di sovrappremio sanitario o per attività sportive o professionali particolari, con esclusione di patologie o attività sportive/professionali) o comunica il proprio rifiuto a prestare la copertura.**

Qualora il contratto sia stato concluso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nel documento di polizza - l'applicazione della carenza di 180 giorni avverrà tenendo conto delle rispettive date di conclusione, dei contratti sostituiti. Nel caso in cui il nuovo capitale assicurato fosse superiore al capitale assicurato dal contratto sostituito il periodo di carenza trova applicazione solo per la parte di capitale eccedente.

**Il periodo di carenza si intende altresì annullato nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di uno dei seguenti eventi, purché sopravvenuti o verificatisi dopo l'entrata in vigore del contratto:**

- a) conseguenza diretta di una delle seguenti malattie infettive acute: 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, vaccini generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) conseguenza diretta di shock anafilattico (malattia non infettiva);
- c) conseguenza diretta di infortunio (fermo quanto disposto al punto 2.a Esclusioni), esclusa ogni concausa, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, e tali che siano la causa diretta esclusiva e provata della 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) ovvero ad altra**

patologia ad essa collegata.

In particolare, nel caso in cui l'Assicurato abbia rifiutato di sottoporsi agli esami clinici richiesti dall'Impresa e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, il periodo di carenza sopra indicato viene esteso a 7 anni.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso del periodo di carenza come sopra indicato, l'Impresa corrisponderà, in luogo del capitale assicurato, una somma pari all'importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso.

Qualora il contratto sia stato concluso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati in polizza - **l'applicazione della carenza di 180 giorni, di cinque o sette anni per AIDS**, o ad altra patologia ad esso collegata, avverrà tenendo conto delle rispettive date di conclusione dei contratti sostituiti.

Nel caso il nuovo capitale assicurato fosse superiore al capitale assicurato dal contratto sostituito, il periodo di carenza trova applicazione solo per la parte di capitale eccedente.

#### **Art. 9 - Premio**

Le prestazioni contrattuali sono erogate a fronte del pagamento di premi annui di importo costante, corrisposti in via anticipata per l'intera durata contrattuale.

Il premio è determinato in relazione alla garanzia prestata (capitale assicurato), alla durata della copertura e all'età di ingresso dell'Assicurato, secondo la tariffa prevista dal contratto.

**Per la determinazione del premio sono anche rilevanti:**

- le attività lavorative e/o sportive praticate (anche saltuariamente) dall'Assicurato
- lo stato di salute dell'Assicurato

Queste informazioni sono rilevabili dai questionari che l'Assicurato è tenuto a compilare prima della sottoscrizione della polizza, e possono comportare l'applicazione di sovrappremio il rifiuto di prestare la copertura.

Una volta determinato il premio, questo rimane costante per tutta la durata del contratto e deve essere versato all'Impresa in via anticipata, all'atto della conclusione del contratto e alle successive scadenze previste.

Il pagamento del premio è previsto in rate annuali. **È previsto un premio minimo annuo di 100 Euro.**

Su richiesta del Contraente il premio può essere corrisposto anche in rate sub-annuali (mensili, trimestrali e semestrali) e **in tal caso si applicano le addizionali di frazionamento commisurate come segue: Mensile 2% Trimestrale 1.5% Semestrale 1%.**

Nei casi in cui venga richiesto il frazionamento del premio in rate sub-annuali la rata non dovrà essere inferiore a 50 Euro.

**Sul premio gravano spese di emissione pari a 10 Euro e costi fissi pari a 10 Euro, oltre a caricamenti pari al 18% del premio stesso.**

Al momento della sottoscrizione della Polizza, il Contraente versa la prima rata del premio.

Si ricorda che in caso di frazionamento del premio in rate sub-annuali, per aver diritto alla prestazione, **vige comunque l'obbligo per il Contraente del versamento dell'intera prima annualità di premio.**

Qualora si verifichi l'evento assicurato (decesso assicurato) durante la prima annualità assicurativa e il premio relativo al primo anno non sia stato corrisposto per intero, per poter procedere alla liquidazione, la parte di premio residua dovrà essere versata prima della liquidazione stessa.

Il pagamento dei premi avviene direttamente presso l'Intermediario che ha distribuito il contratto, nel rispetto ed entro i limiti fissati dalle vigenti disposizioni di legge.

In mancanza di Intermediario, il Contraente potrà versare il premio sul conto corrente bancario intestato a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.

### **È escluso il pagamento del premio in contanti.**

Al verificarsi dell'evento assicurato (decesso dell'Assicurato) il Contraente interrompe il pagamento dei premi.

### **Art. 10 – Mancato pagamento del premio**

**A parziale deroga dell'art. 1924 del Codice Civile il mancato pagamento del premio, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione della garanzia e i premi pagati rimangono acquisiti dall'Impresa.**

**Trascorsi 12 mesi dalla data in cui il pagamento avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione – come indicato al successivo art. 11 “Ripresa del pagamento del premio – Riattivazione” il contratto è risolto e nulla è più dovuto da parte dell'Impresa.**

### **Art. 11 – Ripresa del pagamento del premio – Riattivazione**

È facoltà del Contraente riattivare il contratto riprendendo il pagamento dei premi arretrati, maggiorati degli interessi legali calcolati per il periodo di interruzione del pagamento, alle seguenti condizioni:

- che non siano trascorsi più di 6 mesi dalla data del primo pagamento insoluto
- che l'Assicurato sia in vita
- che il pagamento dei premi arretrati e dei relativi interessi avvenga in unica soluzione

È facoltà del Contraente riattivare il contratto anche in caso di periodo di mancato pagamento superiore a 6 mesi, ma non superiore a 12 mesi.

In questo caso è necessario avere accettazione specifica da parte dell'Impresa che può richiedere all'Assicurato nuovi accertamenti sanitari e decidere in merito alla riattivazione tenendo conto del loro esito.

**Trascorsi 12 mesi dalla data del primo pagamento insoluto, il contratto è risolto e non può più essere riattivato e nulla è più dovuto da parte dell'Impresa.**

La riattivazione del contratto determina il ripristino della prestazione assicurata di cui all'art. 2 “Oggetto dell'Assicurazione” a decorrere dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio totale dovuto.

### **Art. 12 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato**

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta e degli eventuali questionari, devono essere esatte, complete e veritiere.

**In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti relative a circostanze tali per cui l'Impresa, se le avesse conosciute, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle stesse condizioni, la stessa ha diritto:**

**a) in caso di dolo o colpa grave, (Art. 1892 del Codice Civile), di:**

- **contestare** la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto le inesattezze o la reticenza delle dichiarazioni fornite dal Contraente e dall'Assicurato;
- **rifiutare** qualsiasi pagamento al verificarsi del sinistro;

**b) nel caso non esista dolo o colpa grave, (Art. 1893 del Codice Civile) di:**

- **ridurre**, le somme assicurate al verificarsi del sinistro in relazione al maggior rischio accertato;
- **recedere** dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza (Art 1893 del Codice Civile).

### **Art. 13 - Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale (Art. 1926 del Codice Civile)**

**Il Contraente e l'Assicurato sono obbligati a comunicare entro 30 giorni all'Impresa la modifica delle condizioni in base alle quali è stato assunto il rischio e determinato il premio tali da comportare un mutamento che, se conosciuto dall'Impresa al momento della conclusione del contratto, la stessa non avrebbe consentito l'assunzione del rischio, o**

**l'avrebbe consentita a fronte della corresponsione di un premio più elevato.**

**In particolare si sottolinea l'obbligo di inviare tempestiva comunicazione qualora l'Assicurato inizi a svolgere una delle attività professionali o sportive escluse (v. art. 7 "Esclusioni").**

L'inosservanza di tale obbligo di comunicazione può comportare la totale o parziale inefficacia della garanzia (v. art. 12 "Dichiarazioni del Contraente o Assicurato")

**L'Impresa, ricevuta la comunicazione circa l'aggravamento del rischio, si riserva la possibilità di applicare un sovrappremio al premio dovuto o di recedere dal contratto.**

**L'Impresa emetterà Appendice al contratto indicando il nuovo premio dovuto.**

**Art.14 - Diminuzione del rischio in corso di validità contrattuale (art. 1897 del Codice Civile)**  
**Analogamente a quanto previsto art.13 "Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale (Art. 1926 del Codice Civile)" che precede, il Contraente e l'Assicurato devono comunicare la modifica delle condizioni in base alle quali è stato assunto il rischio che possono determinare una diminuzione del premio: in particolare la modifica della professione e delle attività sportive.**

Nel caso di diminuzione del rischio, l'Assicuratore è tenuto a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso.

**L'Impresa emetterà Appendice al contratto indicando il nuovo premio dovuto.**

### **Art. 15 - Beneficiari**

I Beneficiari delle prestazioni del contratto sono designati dal Contraente.

È facoltà del Contraente revocare o modificare tale designazione in qualsiasi momento comunicandola per iscritto all'Impresa o indicandola per testamento.

**La designazione dei Beneficiari non può tuttavia essere revocata o modificata nei seguenti casi:**

- dopo che il Contraente e i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto all'Impresa, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo che si sia verificato l'evento che fa sorgere l'obbligo in capo all'Impresa di eseguire la prestazione assicurata.

In tali casi le operazioni di recesso, pegno e vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

I Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'Assicurazione (art. 1920 del Codice Civile).

In particolare, le somme loro corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

### **Art. 16 - Conclusione del contratto e Decorrenza delle coperture assicurative**

Il contratto si considera concluso quando il Contraente riceve il Certificato di Assicurazione firmato a condizione che sia stato versato il primo premio annuo – o la prima rata di premio in caso di frazionamento del premio.

La garanzia è operante dalle ore 24.00 dalla data di versamento del primo premio.

Qualora il documento contrattuale preveda una decorrenza successiva, il contratto decorrerà dalle ore 24.00 della data indicata.

### **Art. 17 - Revoca della proposta**

La proposta contrattuale può essere revocata nel periodo antecedente alla conclusione del contratto mediante l'invio tramite Raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

**CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.  
Ufficio Gestione Operativa Portafoglio  
Via Paolo di Dono, 73 – 00142 Roma**

L'Impresa rimborserà al Contraente l'eventuale premio corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla revoca.

### **Art. 18 - Diritto di recesso**

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto inviando una Raccomandata con avviso di ricevimento a:

**CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.**

**Ufficio Gestione Operativa Portafoglio**

**Via Paolo di Dono, 73 – 00142 Roma**

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione l'Impresa ha l'obbligo di rimborsare il premio corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute, e della quota parte di premio relativa al periodo nel quale il contratto ha avuto effetto.

### **Art. 19 - Documentazione in caso di sinistro**

**In caso di decesso dell'Assicurato dovranno essere presentati all'Impresa i seguenti documenti a cura del Contraente e dei Beneficiari:**

- certificato di morte dell'Assicurato in carta semplice;
- relazione sanitaria rilasciata dal medico curante attestante la causa del decesso e completa di anamnesi patologica prossima e remota con particolare riferimento alla data di inizio della patologia che ha causato il decesso, su modulo rilasciato dall'Impresa;
- se vi è stato ricovero in ospedale o Istituto di Cura, copia integrale di eventuali cartelle cliniche relative al primo ricovero e ai successivi ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla patologia che ha causato il decesso;
- in caso di morte violenta (infortunio, omicidio, suicidio, ecc.), copia del verbale delle Forze dell'Ordine o certificato della Procura o altro documento rilasciato dall'Autorità Competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- copia dell'eventuale referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
- copia autentica del testamento o, nell'ipotesi in cui questo non sia stato redatto, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti se l'Assicurato abbia o meno eredi legittimi;
- nel caso di designazione beneficiaria agli eredi legittimi, tra i quali vi sia la vedova dell'Assicurato, una dichiarazione, sottoscritta dal medico curante, la quale attesti che la vedova non si trovi in stato di gravidanza;
- in caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione dell'indennizzo da parte del Tutore;
- benestare dell'eventuale creditore vincolatario o pignoratizio in difetto del quale il pagamento sarà effettuato al detto creditore;
- copia del documento d'identità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dall'Impresa.

La documentazione dovrà essere trasmessa all'Impresa con Raccomandata con avviso di ricevimento; l'Impresa liquiderà il capitale assicurato agli aventi diritto successivamente al ricevimento di tutta la documentazione prevista.

Decorsi 30 giorni dal ricevimento dell'ultimo dei documenti necessari, l'Impresa corrisponderà agli aventi diritto le somme dovute attraverso bonifici bancari sulle coordinate che verranno comunicate dai Beneficiari.

A partire dalla scadenza del predetto termine, l'Impresa sarà unicamente tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori al saggio legale secondo la legge italiana, con esclusione

della risarcibilità dell'eventuale maggior danno. Per tutti i pagamenti dell'Impresa, debbono essere preventivamente consegnati o spediti a mezzo Raccomandata con avviso di ricevimento alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e a individuare gli aventi diritto.

**Art. 20 - Riscatto, riduzione, prestito**

Il presente contratto non prevede valori di riduzione né di riscatto e in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza questa si intenderà estinta e i premi pagati resteranno acquisiti dall'Impresa.

**Art. 21 - Cessione, pegno, vincolo**

È facoltà del Contraente cedere ad altri il contratto, così come darlo in pegno o vincolare le somme assicurate.

In questi casi il Contraente deve darne tempestiva comunicazione scritta all'Impresa che ne prende atto con emissione di apposita appendice al contratto da firmarsi dalle Parti.

**Art. 22 - Imposte**

Le imposte presenti e future dovute sugli atti dipendenti dal contratto sono a carico del Contraente, dei Beneficiari e aventi diritto, secondo le norme di legge vigenti.

**Art. 23 – Forma delle comunicazioni / Prova del contratto**

Tutte le comunicazioni previste dal contratto e dalla Legge, perché siano valide, devono essere fatte con lettera Raccomandata con avviso di ricevimento o tramite Fax ai recapiti della Direzione Generale dell'Impresa o direttamente all'intermediario che ha distribuito la polizza qualora egli sia abilitato a riceverle in base agli accordi esistenti con l'Impresa.

I rapporti contrattuali sono determinati esclusivamente dalla Polizza e dalle sue Appendici.

**Art. 24 – Rinvio alle norme di legge**

Per tutto quanto non è regolato dal contratto valgono le vigenti disposizioni di Legge.

**Art. 25 - Foro competente**

25.1 Ove la mediazione di qualsiasi controversia relativa alla Polizza e ai rispettivi Certificati di Assicurazione sia obbligatoria, essa è deferita all'organismo di mediazione ADR Center. La procedura di mediazione si svolgerà nella sede del predetto organismo più vicina al luogo del Foro competente per l'azione giudiziaria, determinato ai sensi del successivo paragrafo 25.2.

25.2 Per qualunque controversia derivante dall'applicazione e dall'interpretazione delle Condizioni di Assicurazione, delle Proposte e/o dei Certificati di Assicurazione sorta fra l'Impresa e il Contraente, sarà competente in via esclusiva il Foro del luogo di domicilio del contraente.

## **Art. 26 – Reclami**

Eventuali reclami intesi come una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti della Società o di un suo agente e relativi dipendenti o collaboratori, riguardo ad un contratto o ad un servizio assicurativo **devono essere inoltrati per iscritto alla Società – CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A., Via Paolo di Dono,73 - 00142 Roma o tramite e-mail alle seguenti caselle di posta elettronica: [reclami@cfassicurazionilife.com](mailto:reclami@cfassicurazionilife.com) o [reclamicflife@pec.it](mailto:reclamicflife@pec.it)**

**I reclami dovranno contenere:**

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;**
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;**
- c) breve ma esaustiva descrizione del motivo di lamentela;**
- d) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze,**

La Società, ricevuto il Reclamo, ha 45 giorni dal ricevimento dello stesso (termine che può estendersi per un massimo di ulteriori 15 giorni nel caso di Reclamo relativo al comportamento di un agente o relativo dipendente o collaboratore, laddove l'impresa richieda a quest'ultimo documentazione integrativa per la gestione del Reclamo) per fornire un riscontro motivato al reclamante, in un linguaggio semplice e facilmente comprensibile.

Si ricorda che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del Reclamo o in caso d'assenza di riscontro nel termine massimo previsto dalla normativa, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 Roma, e reperire il modello da utilizzare attraverso il link disponibile sul sito dell'Impresa.

**I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS dovranno contenere:**

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;**
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;**
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;**
- d) copia del Reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;**
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.**

**Devono essere inoltrati direttamente all'IVASS:**

- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 7 settembre 2005 n. 209 (Codice delle Assicurazioni) e relativi regolamenti attuativi;**
- i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 6 settembre 2005 n. 206 (vendita a distanza);**
- i reclami già presentati direttamente all'impresa di Assicurazione o agli agenti, che non hanno ricevuto risposta entro il termine massimo previsto dal Regolamento ISVAP n. 24/2008 da parte dei soggetti interessati o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente;**
- i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere**

**In caso di mancato o parziale accoglimento del Reclamo è possibile anche rivolgersi ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, come di seguito indicato.**

Tutte le controversie relative ai contratti di Assicurazione stipulati con CF Assicurazioni S.p.A. sono soggette alla giurisdizione italiana, pertanto resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione (art. 5 D. Lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni) deferendo la controversia esclusivamente a organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero ([www.giustizia.it](http://www.giustizia.it)). È prevista anche la procedura di negoziazione assistita, tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami per cui si sia già adita l'Autorità Giudiziaria o per i quali presso quest'ultima sia pendente un procedimento.

Si precisa che in caso di liti transfrontaliere è possibile presentare Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN – NET (il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet <http://ec.europa.eu/internalmarket/finservices-retail/finnet/indexen.htm>). In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

#### **Art. 27 – Prescrizione**

I diritti derivanti dal contratto di Assicurazione si prescrivono entro dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.

## GLOSSARIO

Il presente documento è aggiornato al 15.06.2022

<b>Appendice</b>	Documento che forma parte integrante del contratto emesso per prendere atto di modifiche concordate tra l'Impresa e il Contraente.
<b>Assicurato</b>	Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
<b>Beneficiario</b>	Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.
<b>Capitale assicurato in caso di decesso</b>	Importo indicato in polizza che l'Impresa corrisponde al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.
<b>Carenza</b>	Periodo di tempo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci, e se l'evento assicurato si verifica in tale periodo l'Impresa non corrisponde la prestazione assicurata.
<b>Certificato di assicurazione</b>	Il documento che prova l'assicurazione.
<b>Contraente</b>	Il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula il contratto con l'Impresa, e si obbliga a pagare i premi alle scadenze concordate.
<b>Contratto</b>	È un Contratto di Assicurazione di tipo Temporaneo per il caso di Morte, a capitale costante e a premio annuo costante, con il quale l'Impresa, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare il capitale indicato sul Certificato di Assicurazione al verificarsi del decesso dell'Assicurato.
<b>Garanzia</b>	Impegno dell'Impresa a liquidare il capitale assicurato ai Beneficiari designati in polizza in caso di decesso dell'Assicurato.
<b>Impresa</b>	CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. – autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa – con la quale il Contraente stipula il Contratto di Assicurazione.
<b>IVASS (già ISVAP)</b>	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle Imprese di Assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.
<b>Modulo di Proposta</b>	Modulo compilato e sottoscritto dal Contraente e dall'Assicurato con il quale viene manifestata la volontà di sottoscrivere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni indicate
<b>Polizza</b>	Documento emesso dall'Impresa comprovante l'esistenza e il contenuto del contratto di assicurazione.
<b>Premio</b>	L'importo versato dal Contraente all'Impresa per l'acquisto della garanzia. Il versamento del premio alle scadenze contrattuali previste è condizione necessaria per l'efficacia della copertura.
<b>Prescrizione</b>	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini indicati dalla Legge. I diritti nascenti dal presente contratto si prescrivono nel termine di 10 anni.
<b>Recesso</b>	Diritto del Contraente di sciogliere il contratto da esercitare entro 30 giorni dal momento della conclusione del contratto.

<b>Reclamo</b>	Dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un'Impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.
<b>Revoca</b>	Diritto del Contraente di manifestare l'intenzione di non sottoscrivere il contratto da esercitare prima della conclusione del contratto.
<b>Riserva Matematica</b>	L'importo accantonato dall'Impresa per far fronte agli impegni contrattuali assunti.

**A,B,C,D**  
**MODULO DI PROPOSTA**

N.Proposta A,B,C,D	Intermediario A,B,C,D	Cod.Int. A,B,C,D	Cod.Prodotto A,B,C,D
-----------------------	--------------------------	---------------------	-------------------------

**CONTRAENTE (persona fisica o giuridica)**

Cognome e Nome/ Ragione Sociale A,B,C,D			Codice Fiscale/Partita IVA A,B,C,D
Cognome e Nome del Legale Rappresentante A,B,C,D A,B,C,D			Codice Fiscale A,B,C,D
Nato in A,B,C,DA,B,C,D	Provincia A,B,C,DA,B,C,D	Data di Nascita 31/03/2021A,B,C,D	Sesso A,B,C,DA,B,C,D
Numero documento A,B,C,DA,B,C,D	Tipo di documento A,B,C,DA,B,C,D	Rilasciato da A,B,C,DA,B,C,D	Data rilascio/rinnovo 31/03/202131/03/2021
Indirizzo residenza/Sede Legale A,B,C,D A,B,C,D		Comune A,B,C,D	Provincia A,B,C,D
Indirizzo domicilio (se diverso da Residenza) A,B,C,D		Comune A,B,C,D	Provincia A,B,C,D

**ASSICURATO**

Cognome A,B,C,D		Nome A,B,C,D	Codice Fiscale A,B,C,D
Nato in A,B,C,D		Provincia A,B,C,D	Data di Nascita A,B,C,D
Numero documento A,B,C,D	Tipo di documento A,B,C,D	Rilasciato da A,B,C,D	Data rilascio/rinnovo A,B,C,D
Indirizzo residenza A,B,C,D A,B,C,D		Comune A,B,C,D	Provincia A,B,C,D
Indirizzo domicilio (se diverso da Residenza) A,B,C,D		Comune A,B,C,D	Provincia A,B,C,D

**Beneficiari** CASO MORTE : A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D

**In caso di mancata compilazione dei dati di cui sopra l'impresa potrà incontrare al decesso dell'assicurato maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei beneficiario/i. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa come da regolamento 41/2018.**

**Referente** 3° A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D

**DATI ELEMENTI TECNICI**

Decorrenza A,B,C,D	Scadenza 31/03/2021	Frazionamento A,B,C,D	N. rate A,B,C,D	Durata in anni A,B,C,D	Tacito rinnovo NO
Dalle ore 24:00		Alle ore 24:00			

**GARANZIE OPERANTI**

<b>GARANZIE PRESTATE</b>	<b>CAPITALE ASSICURATO €</b>	<b>PREMIO ANNUO LORDO €</b>			
Prestazione in caso di morte	99,45	A,B,C,D			
<b>PREMIO DA PAGARE</b>	<b>Premio Netto €</b>	<b>Spese di Emissione / Costi Fissi €</b>	<b>Imponibile €</b>	<b>Imposte €</b>	<b>Totale €</b>
Premio alla firma fino al 31/03/2021	A,B,C,D	99,45	A,B,C,D	99,45	99,45
Rate future dal 31/03/2021	A,B,C,D	A,B,C,D	A,B,C,D	A,B,C,D	A,B,C,D

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il DIP Vita, il DIP Aggiuntivo Vita, le Condizioni di Assicurazione e il Glossario contenuti nel Set Informativo Data e Luogo \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente e/o l'Assicurato dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:  
Art. 2 – Oggetto dell'Assicurazione; Art. 3 – Limiti di età dell'Assicurato; Art. 4 – Capitale assicurato; Art. 5 – Durata del contratto; Art. 6 – Modalità di adesione al contratto (Documentazione medica, ecc.) – Griglia di assunzione; Art. 7 – Esclusioni; Art. 8 – Carenza; Art. 10 – Mancato pagamento del premio; Art. 11 – Ripresa del pagamento del premio – Riattivazione; Art. 12 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; Art. 13 – Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale (Art. 1926 del Codice Civile); Art. 16 – Conclusione del contratto e Decorrenza delle coperture assicurative; Art. 17 – Diritto di recesso; Art. 23 – Forma delle comunicazioni / Prova del contratto; Art. 25– Foro competente.

Il Contraente \_\_\_\_\_ L'Assicurando(se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_ L'Intermediario \_\_\_\_\_

**Il presente contratto ha una natura facoltativa, garantisce all'Assicurato una tutela del proprio tenore di vita in caso di eventi imprevisi e non ha alcuna connessione con l'eventuale sottoscrizione di un prestito o di un mutuo, non costituendone condizione per ottenerlo, anche nel caso in cui venga proposto in concomitanza con l'erogazione dello stesso.**

**Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale o parziale del mutuo o del prestito la copertura assicurativa rimarrà invariata e in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di premio.**

**A,B,C,D**  
**MODULO DI PROPOSTA**

N.Proposta A,B,C,D	Intermediario A,B,C,D	Cod.Int. A,B,C,D	Cod.Prodotto A,B,C,D
-----------------------	--------------------------	---------------------	-------------------------

**CONTRAENTE (persona fisica o giuridica)**

Cognome e Nome/ Ragione Sociale A,B,C,D			Codice Fiscale/Partita IVA A,B,C,D
Cognome e Nome del Legale Rappresentante A,B,C,D A,B,C,D			Codice Fiscale A,B,C,D
Nato in A,B,C,DA,B,C,D	Provincia A,B,C,DA,B,C,D	Data di Nascita 31/03/2021A,B,C,D	Sesso A,B,C,DA,B,C,D
Numero documento A,B,C,DA,B,C,D	Tipo di documento A,B,C,DA,B,C,D	Rilasciato da A,B,C,DA,B,C,D	Data rilascio/rinnovo 31/03/202131/03/2021
Indirizzo residenza/Sede Legale A,B,C,D A,B,C,D		Comune A,B,C,D	Provincia A,B,C,D
Indirizzo domicilio (se diverso da Residenza) A,B,C,D		Comune A,B,C,D	Provincia A,B,C,D

**ASSICURATO**

Cognome A,B,C,D	Nome A,B,C,D	Codice Fiscale A,B,C,D
Nato in A,B,C,D	Provincia A,B,C,D	Data di Nascita A,B,C,D
Numero documento A,B,C,D	Tipo di documento A,B,C,D	Rilasciato da A,B,C,D
Indirizzo residenza A,B,C,D A,B,C,D	Comune A,B,C,D	Provincia A,B,C,D
Indirizzo domicilio (se diverso da Residenza) A,B,C,D	Comune A,B,C,D	Provincia A,B,C,D

**Beneficiari** CASO MORTE : A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D

In caso di mancata compilazione dei dati di cui sopra l'impresa potrà incontrare al decesso dell'assicurato maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei beneficiario/i. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa come da regolamento 41/2018.

Referente 3° A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D

**DATI ELEMENTI TECNICI**

Decorrenza	Scadenza	Frazionamento	N. rate	Durata in anni	Tacito rinnovo
A,B,C,D <i>Dalle ore 24:00</i>	31/03/2021 <i>Alle ore 24:00</i>	A,B,C,D	A,B,C,D	A,B,C,D	NO

**GARANZIE OPERANTI**

GARANZIE PRESTATE		CAPITALE ASSICURATO €		PREMIO ANNUO LORDO €	
Prestazione in caso di morte		99,45		A,B,C,D	
PREMIO DA PAGARE	Premio Netto €	Spese di Emissione / Costi Fissi €	Imponibile €	Imposte €	Totale €
Premio alla firma fino al 31/03/2021	A,B,C,D	99,45	A,B,C,D	99,45	99,45
Rate future dal 31/03/2021	A,B,C,D	A,B,C,D	A,B,C,D	A,B,C,D	A,B,C,D

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il DIP Vita, il DIP Aggiuntivo Vita, le Condizioni di Assicurazione e il Glossario contenuti nel Set Informativo Data e Luogo \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente e/o l'Assicurato dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:  
Art. 2 – Oggetto dell'Assicurazione; Art. 3 – Limiti di età dell'Assicurato; Art. 4 – Capitale assicurato; Art. 5 – Durata del contratto; Art. 6 – Modalità di adesione al contratto (Documentazione medica, ecc.) – Griglia di assunzione; Art. 7 – Esclusioni; Art. 8 – Carenza; Art. 10 – Mancato pagamento del premio; Art. 11 – Ripresa del pagamento del premio – Riattivazione; Art. 12 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato; Art. 13 – Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale (Art. 1926 del Codice Civile); Art. 16 – Conclusione del contratto e Decorrenza delle coperture assicurative; Art. 17 – Diritto di recesso; Art. 23 – Forma delle comunicazioni / Prova del contratto; Art. 25– Foro competente.

Il Contraente \_\_\_\_\_ L'Assicurando(se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_ L'Intermediario \_\_\_\_\_

**Il presente contratto ha una natura facoltativa, garantisce all'Assicurato una tutela del proprio tenore di vita in caso di eventi imprevisti e non ha alcuna connessione con l'eventuale sottoscrizione di un prestito o di un mutuo, non costituendone condizione per ottenerlo, anche nel caso in cui venga proposto in concomitanza con l'erogazione dello stesso.**

**Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale o parziale del mutuo o del prestito la copertura assicurativa rimarrà invariata e in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di premio.**

**A,B,C,D**  
**MODULO DI PROPOSTA**

**DIRITTO DI RECESSO**

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto inviando una Raccomandata con avviso di ricevimento alla Direzione Generale dell'Impresa.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione l'Impresa ha l'obbligo di rimborsare il premio eventualmente corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute, e della quota parte di premio relativa al periodo nel quale il contratto ha avuto effetto.

**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 del Questionario sullo Stato di Salute, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate;
- anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a carico dell'Assicurato medesimo.

**MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

Le prestazioni contrattuali sono erogate a fronte del pagamento del premio.  
Il pagamento del premio avviene direttamente presso l'Intermediario che ha procurato il contratto, nel rispetto ed entro i limiti fissati dalle vigenti disposizioni di legge.

In mancanza di intermediario, il Contraente potrà versare il premio sul conto corrente bancario intestato a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. - presso A,B,C,D  
- IBAN n. A,B,C,D

**È escluso il pagamento del premio in contanti.**

**ACCESSO ALL'AREA RISERVATA**

Dalla homepage del sito del Gruppo CF Assicurazioni [www.cfassicurazioni.com](http://www.cfassicurazioni.com) è possibile accedere all'area riservata ai clienti per la cui registrazione è richiesto il Codice Fiscale del contraente ed il numero del certificato della polizza sottoscritta.

**RICHIESTA DI TRASMISSIONE DI COMUNICAZIONI MEDIANTE TECNICHE A DISTANZA**

Richiedo che l'Impresa adempia agli obblighi di informativa in caso di contatto relativi ai rapporti di polizza da me intrattenuti con l'Impresa stessa attraverso la pubblicazione nell'area riservata al Contraente o, in alternativa, tramite email all'indirizzo di posta elettronica da me indicato in fase precontrattuale e riportata nella sezione Contraente. Prendo atto e accetto che tale modalità sarà adottata in alternativa all'invio cartaceo delle comunicazioni e sarà eseguita in adempimento agli obblighi di informativa in corso di contratto come da Regolamento IVASS n.41/2018. Il consenso espresso può essere revocato anche mediante comunicazione via posta elettronica. In caso di revoca, le Imprese possono addebitare i costi connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo.

Indirizzo email del Contraente : \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONI**

A,B,C,D  
I sottoscritti Contraente e Assicurato (se persona diversa dal Contraente):

- dichiarano di essere consapevoli che il presente contratto ha una natura facoltativa, garantisce all'Assicurato una tutela del proprio tenore di vita in caso di eventi impreveduti e non ha alcuna connessione con l'eventuale sottoscrizione di un prestito o di un mutuo non costituendo condizione per ottenerlo, anche nel caso in cui venga proposto in concomitanza con l'erogazione dello stesso. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale o parziale del mutuo o del prestito la copertura assicurativa rimarrà invariata e in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna costituzione di premio;
- confermano che tutte le informazioni contenute nella presente proposta, anche se materialmente scritte da altri, sono complete ed esatte;
- prendono atto che la copertura assicurativa entra in vigore, previa corresponsione del premio risultante dalla documentazione contabile rilasciata, a partire dalle ore 24 del giorno di decorrenza della polizza;
- prendono atto, con la sottoscrizione della presente proposta, che l'Impresa si impegna a riconoscere piena validità contrattuale alla stessa fatti salvi errori di calcolo che comportino risultati difformi dall'esatta applicazione della tariffa.
- Il Contraente dichiara, inoltre:
- di essere consapevole che l'art. 1924 del Codice Civile lo obbliga al pagamento del premio relativo al primo anno di assicurazione.
- di essere consapevole che il consenso dell'Impresa è basato sulla veridicità delle dichiarazioni rese nei documenti contrattuali e sull'avvenuto ritiro, presa di cognizione e integrale accettazione del Set Informativo.

L'Assicurato, qualora diverso dal Contraente:

- acconsente alla stipulazione della presente assicurazione ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.
- proscioglie dal segreto professionale e legale i medici che possono o potranno averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, ospedali, case di cura e istituti in genere ai quali l'Impresa direttamente o indirettamente tramite azienda specializzata, ritenga di rivolgersi per informazioni, anche dopo l'eventuale sinistro.

L'Assicurando \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_

**A,B,C,D**  
**MODULO DI PROPOSTA**

**QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE**

ASSICURATO A,B,C,D A,B,C,D  
Età 99

1.	È in buono stato di salute?	Sì <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
2.	È stato assente dal lavoro per motivi di salute più di 3 settimane consecutive, negli ultimi 5 anni?	Sì <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
3.	È in attesa di ricovero o è stato ricoverato durante gli ultimi 5 anni, salvo che per i seguenti casi: appendicite, ernie addominali o inguinali, emorroidi, tonsille, adenoidi, deviazione del setto nasale, parto, cistifellea, varici, estrazione dentale, interventi di chirurgia estetica?	Sì <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
4.	Ha avuto una malattia che richiede un trattamento medico o farmacologico di durata superiore a un mese negli ultimi 5 anni?	Sì <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
5.	È o è stato affetto da una malattia acuta o cronica (disturbi cardiovascolari, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ipertensione arteriosa, diabete, epatopatie, sieropositività, tumori, malattie del sangue, broncopneumopatia cronica ostruttiva, obesità) e/o presenta postumi invalidanti che riducono l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità)?	Sì <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
6.	Percepisce un assegno o una pensione per invalidità o inabilità al lavoro?	Sì <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
7.	Pratica sport pericolosi quali, ad esempio: sport aerei in genere (paracadutismo, parapendio, parapendio, ULM, elicottero, aliante, ecc.); alpinismo, scalate, accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, escursioni alpine superiori a 3.000 m, salti dal trampolino con slancio idroci, sci alpinismo, bob, guidoslitta; speleologia; caccia grossa, safari; equitazione e competizioni equestri); skeleton; rafting; partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore; motonautica (off-shore, hovercraft, competizioni velistiche), vela a più di 60 miglia dalla costa); competizioni ciclistiche; canoa, kayak; pugilato e lotta; atletica pesante; sport a livello professionale?	Sì <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
8.	Svolge una delle seguenti attività professionali quali, ad esempio: militare, vigile del fuoco, guardia giurata, addetto al soccorso alpino, lavoro su tetti o impalcature ad altezza superiore a 20 m (es.: muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino), attività che implicino contatto/uso di sostanze nocive, tossiche, esplosive o radioattive, attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V, attività subacquee (es.: sommozzatore), attività nel sottosuolo (es.: speleologo, minatore), attività in alta montagna (es.: guida alpina), pilota o membro dell'equipaggio di aerei privati e/o elicotteri, istruttore di volo, skipper, collaudatore di autoveicoli e motocicli, pilota professionista, acrobata, cacciatore di belve, cascatore, magistrato operante in settore a rischio (es.: antimafia), attività che prevedono soggiorni prolungati in paesi a rischio guerra/terrorismo (es.: diplomatico, giornalista)?	Sì <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
9.	Qual è la sua altezza in cm? <u>A,B,C,D</u>		
10.	Qual è il suo peso in kg? <u>A,B,C,D</u>		
11.	La differenza tra la sua altezza in cm e il suo peso in kg. è inferiore a 80 o superiore a 120 (es.: 175 - 70 = 105)?	Sì <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>

e inoltre dichiaro:

- che le informazioni da me fornite nella presente dichiarazione sono complete e veritiere;
- di essere consapevole che le dichiarazioni inesatte o non veritiere o le reticenze dell'Assicurando possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo oltre alla cessazione dell'assicurazione stessa ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1895 del Codice Civile
- di essere a conoscenza che firmando il solo Questionario sullo Stato di Salute la copertura assicurativa decorrerà trascorsi i termini di carenza previsti, come indicato all'art. 8 - "Carenza" delle Condizioni di Assicurazione.

**ATTENZIONE: prima di sottoscrivere le dichiarazioni, leggere con attenzione e verificare l'esattezza delle stesse. LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE DALL'ASSICURANDO PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI.**

Avendo preso visione dell'informativa sulla privacy allegata al Modulo di Proposta con la presente sottoscrizione acconsento al trattamento dei miei dati personali e particolari (dati relativi allo stato di salute) per l'attivazione delle coperture assicurative, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016 dettato in materia di trattamento di dati personali.

Data e Luogo A,B,C,D Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_

A,B,C,D  
MODULO DI PROPOSTA

**Informativa ex art. 13 e 14 del Regolamento 679/2016 – Contraente-Assicurato**

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento EU 2016/679 dettato in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito Regolamento), **CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.** con sede in Via Paolo di Dono, 73 00142 Roma, Titolare del trattamento, Le fornisce le seguenti informazioni:

1. il trattamento dei suoi dati personali è effettuato per:

a) fornirLe i prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa; desideriamo inoltre informarLa che CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. in occasione delle operazioni di trattamento, potrebbe venire a conoscenza anche di Dati che la Legge definisce particolari: come ad esempio, dati idonei a rivelare il Suo stato di salute. Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Suoi Dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza;

b) la realizzazione di attività promozionali commerciali, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti; tali attività potranno essere realizzate attraverso l'invio di e-mail, fax, SMS, posta cartacea o attraverso contatto telefonico;

2. il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali;

3. il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto a) è obbligatorio e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di ottemperare agli obblighi derivanti dal contratto; il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto b) è facoltativo e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di realizzare attività promozionali commerciali, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti;

4. La base giuridica del trattamento dei suoi dati personali è il contratto di assicurazione in corso e tra le parti per le finalità di cui al punto 1 lettera a), la base giuridica per le finalità di cui al punto 1 lettera b) è il consenso. In relazione a quest'ultimo, Le ricordiamo che Lei ha il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento in base al consenso da Lei fornito prima del ritiro.

5. i dati personali, che non saranno diffusi, potranno essere comunicati:

- per le attività di cui al punto a) 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; legali e periti; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e ad altri soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge o di normativa secondaria;

- per le attività di cui al punto b) a società specializzate in promozione commerciale e pubblicitaria, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti o a società che svolgono compiti di natura tecnica ed organizzativa (p.e. attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; registrazione, elaborazione ed archiviazione, anche informatica, dei dati) e previo consenso, ad altre società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) per consentirLe di ricevere offerte di prodotti e servizi delle medesime;

6. I suoi dati personali saranno trattati per le finalità di cui al punto 1 lettera a) per la durata del rapporto assicurativo e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa contabile e fiscale, tali dati saranno inoltre conservati nei limiti dei tempi prescrittivi previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto instaurato con la nostra società. I dati personali trattati per le finalità di cui al punto 1 lettera b) saranno conservati per 24 mesi.

7. Il Responsabile della protezione dei dati è la Protection Trade Srl con sede in via Giorgio Morandi, 22 – ITRI (LT), questo responsabile potrà essere contattato per le tematiche privacy all'indirizzo mail [Dpo\\_cf@protectiontrade.it](mailto:Dpo_cf@protectiontrade.it)

8. Al fine di poterLe offrire una gestione delle pratiche più efficace possibile, utilizziamo in parte programmi di verifica, i quali calcolano, in base alle informazioni da Lei fornite nella proposta di assicurazione, il rischio assicurativo e determinano, ad esempio, l'ammontare del Suo premio assicurativo o anche eventuali esclusioni di rischio. Inoltre, con tali programmi determiniamo, in aree parziali e in maniera automatizzata, il nostro obbligo di prestazione in caso di sinistro. I parametri di verifica utilizzati da questi programmi sono determinati in base ai dati attuariali storici, assicurando in tal modo un metro di misura oggettivo. Lei ha la facoltà di rifiutare tali processi automatizzati relativamente alla Sua persona e alle Sue pratiche e richiedere l'evasione manuale della Sua pratica da parte dei collaboratori della nostra Società.

9. Lei potrà rivolgersi al Titolare per esercitare i diritti previsti dal Regolamento EU 679/2016 a favore dell'interessato ed in particolare potrà richiedere l'accesso, la rettifica, l'aggiornamento, il blocco, la revoca del consenso in conformità con le norme applicabili, la limitazione del trattamento, la portabilità dei dati e la cancellazione degli stessi; potrà inoltre di opporsi per motivi legittimi al trattamento oppure opporsi in parte al trattamento degli stessi (per es. opponendosi ad una o più delle modalità di contatto indicate nel punto 1.b) della presente informativa). Lei potrà esercitare tali diritti rivolgendosi all'indirizzo mail [cf@protectiontrade.it](mailto:cf@protectiontrade.it). Le ricordiamo infine, che in relazione al trattamento dei suoi dati, Lei ha il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di controllo.

**A,B,C,D**  
**MODULO DI PROPOSTA**

**Formula di consenso al trattamento dei dati**

Acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Regolamento, ai sensi dell'articolo 6 dello stesso conferisco il consenso:

al trattamento dei dati particolari finalizzato alla fornitura dei prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa e alla comunicazione, per le stesse finalità, ai soggetti di cui al punto 5) della presente informativa.

Firma Contraente-Assicurato \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_  
(se diverso da Contraente)

al trattamento dei dati finalizzato alla realizzazione di attività promozionali commerciali, nonché per lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti da parte di CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A.

(Barrare una o più caselle per indicare la modalità di comunicazione per la realizzazione delle attività menzionate)

e-mail  telefono  fax  SMS  posta cartacea

Firma Contraente-Assicurato \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_  
(se diverso da Contraente)

al trattamento dei dati finalizzato alla comunicazione ad altre società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) per consentirLe di ricevere offerte di prodotti e servizi delle medesime

Firma Contraente-Assicurato \_\_\_\_\_ Firma Assicurato \_\_\_\_\_  
(se diverso da Contraente)

<sup>1</sup> Se l'assicurato è un minore d'età, la firma dovrà essere apposta dal genitore o da chi ne esercita la potestà

**A,B,C,D**  
**MODULO DI PROPOSTA**

MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEI DATI E DELLE INFORMAZIONI  
AI FINI DELL'ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA (Artt. 17 e ss. D. Lgs. 231/07)  
**PERSONA FISICA**

**A. Dati identificativi del cliente**

Cognome e nome: A,B,C,D

Nazionalità: A,B,C,D

Come da copia dei documenti di identificazione e di codice fiscale allegati.

*Elenco dei Beneficiari della Polizza noti al Cliente/Contraente al momento della stipula (Se persona fisica inserire cognome, nome e codice fiscale; se più Beneficiari si ricorda si allegare l'elenco completo con i relativi nome, cognome e Codice Fiscale. Se persona giuridica inserire ragione sociale, codice fiscale/partita IVA e sede legale).*

A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D

*(se più Beneficiari si ricorda si allegare l'elenco completo con i relativi nome, cognome e Codice Fiscale)*

**B. Altre informazioni relative al cliente**

1. Professione/attività svolta: A,B,C,D

Esercitata prevalentemente in: A,B,C,D

2. T.A.E. - Tipo di Attività Economica (in calce l'elenco dei codici T.A.E.): 99

3. Persona Politicamente Esposta (si ricorda che la definizione comprende anche i familiari e le persone che con essi intrattengono stretti legami secondo la definizione riportata in calce al presente modulo):

No

Sì, specificare: \_\_\_\_\_

**C. Dichiarazione sullo scopo e sulla natura della prestazione, sull'ammontare dell'operazione, sui fondi e sui mezzi/modalità di pagamento**

Il sottoscritto cliente, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 55 D.Lgs. n.231/2007 nel caso di omessa o falsa indicazione dello scopo e della natura prevista della prestazione, dichiara:

Scopo e natura della prestazione: A,B,C,D

Valore/corrispettivi dell'operazione: \_\_\_\_\_

Euro \_\_\_\_\_  Indeterminato o indeterminabile \_\_\_\_\_

Origine dei fondi impiegati ed altre eventuali informazioni di natura patrimoniale:

A,B,C,D

Mezzi/modalità di pagamento: \_\_\_\_\_

Eventuali altre transazioni/operazioni concluse dal cliente nel corso della prestazione cui inserisce il presente "modulo" \_\_\_\_\_

**D. Dichiarazione relativa al titolare effettivo dell'operazione (coincidente con il cliente)**

Il sottoscritto cliente, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 55 D.Lgs. n.231/2007 nel caso di omessa o falsa indicazione delle generalità del soggetto, diverso dal cliente, per conto del quale eventualmente si esegue l'operazione per cui è richiesta la prestazione professionale, dichiara di essere il titolare effettivo dell'operazione.

**(depenare se non del caso)**

**E. Dichiarazione relativa al titolare effettivo dell'operazione (diverso dal cliente)**

Il sottoscritto cliente, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 55 D.Lgs. n.231/2007 nel caso di omessa o falsa indicazione delle generalità del soggetto, diverso dal cliente, per conto del quale eventualmente si esegue l'operazione per cui è richiesta la prestazione professionale, dichiara che il titolare effettivo dell'operazione è:

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Nazionalità: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Luogo di residenza e indirizzo: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Professione/Attività svolta: \_\_\_\_\_

Estremi documento identificativo: \_\_\_\_\_

Persona politicamente esposta (si veda la definizione riportata in appendice al presente modulo):

No

Sì, specificare: \_\_\_\_\_

**(depenare se non del caso)**

**F. Dichiarazione relativa all'eventuale soggetto autorizzato al pagamento dei premi assicurativi (diverso dal cliente)**

Secondo quanto disposto dall'art.57 del Regolamento IVASS n.44 del 12 febbraio 2019, in materia di "Disposizioni attuative volte a prevenire l'utilizzo delle imprese di assicurazione e degli intermediari assicurativi a fini di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo in materia di organizzazione, procedure e controlli interni e di adeguata verifica della clientela, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231", il pagamento dei premi assicurativi può essere corrisposto anche da soggetti privi di specifico potere rappresentativo. In tal caso, tuttavia, l'impresa assicurativa è tenuta a identificare tali soggetti e ad acquisire l'informazione circa la relazione con il contraente, accompagnata con una fotocopia di un documento in corso di validità. Si ricorda che non sarà ammessa alcuna operazione di versamento dei premi effettuata da un soggetto diverso da quelli individuati nel presente modulo.

**Pagatore Persona Fisica:**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Luogo di residenza e indirizzo: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Relazione con il contraente: \_\_\_\_\_

**Pagatore Persona Giuridica:**

Ragione Sociale: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/Partita IVA: \_\_\_\_\_

Sede legale: \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese (\_\_\_\_\_)

Relazione con il contraente: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e dell'art.22 del D. Lgs.231/2007, dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, la veridicità delle informazioni sopra indicate.

Data 31/03/2021

Firma del Cliente \_\_\_\_\_

**A,B,C,D**  
**MODULO DI PROPOSTA**

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016**

I dati personali da riportare sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge [Decreto Legislativo n. 231/2007] in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è, pertanto, obbligatorio. Si ricorda che, ai sensi dell'art. 42 del sunnominato Decreto, la mancata comunicazione di tutti i dati richiesti dalla normativa, di seguito evidenziati, comporta l'impossibilità di instaurare il rapporto continuativo necessario per poter erogare le prestazioni assicurative. Inoltre, nel caso in cui CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. abbia già ricevuto disponibilità finanziarie di spettanza del Cliente prima del perfezionamento del contratto, la Compagnia sarà tenuta a restituire al Cliente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo importo tramite bonifico su un conto corrente bancario indicato dal Cliente stesso. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo, nonché a Magistratura e Forze dell'ordine. La Compagnia potrebbe avvalersi di fornitori o sub fornitori, riassicuratori che non risiedono nell'Unione Europea, a tal proposito si garantisce che il trasferimento potrà avvenire solo verso soggetti che garantiscano un adeguato livello di protezione del trattamento dei dati e/o verso paesi per i quali le competenti Autorità hanno preso una decisione di adeguatezza nonché verso soggetti che hanno fornito idonee garanzie al trattamento dei dati attraverso adeguati strumenti normativi/contrattuali quali ad esempio la sottoscrizione di clausole contrattuali standard. Per ottenere informazioni a tal riguardo, potrà inviare una e-mail all'indirizzo [cf.life@protectiontrade.it](mailto:cf.life@protectiontrade.it)

La base giuridica del trattamento dei suoi dati personali è il contratto in essere tra le parti e l'adempimento di obblighi normativi e il consenso. I suoi dati personali saranno trattati per la durata del rapporto assicurativo e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa contabile e fiscale, tali dati saranno inoltre conservati nei limiti dei tempi presanzionati previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto instaurato con la nostra società. Il Responsabile della protezione dei dati è la Protection Trade Srl con sede in via Giorgio Morandi, 22 - ITRI (LT), questo responsabile potrà essere contattato per le tematiche privacy all'indirizzo mail [dpo\\_cfife@protectiontrade.it](mailto:dpo_cfife@protectiontrade.it)

La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti previsti agli artt. 15 e ss del Regolamento a favore dell'interessato, scrivendo a all'indirizzo mail [cf.life@protectiontrade.it](mailto:cf.life@protectiontrade.it). In particolare, Lei potrà:

- accedere ai suoi dati personali ottenendo evidenza delle finalità perseguite da parte del Titolare, delle categorie di dati coinvolti, dei destinatari a cui gli stessi possono essere comunicati, del periodo di conservazione applicabile dell'esistenza di processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze possibili per l'interessato, ve vengono indicato nel testo di questa Informativa;
- ottenere senza ritardo la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano;
- ottenere, nei casi previsti dalla legge, la cancellazione dei suoi dati;
- ottenere la limitazione del trattamento o di opporsi allo stesso, quando ammesso in base alle previsioni di legge applicabili al caso specifico.

Ove lo ritenga opportuno, Lei potrà proporre reclamo all'autorità di controllo.

Il sottoscritto, acquisita l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016 presta il consenso al trattamento dei dati personali qui forniti, nonché di quelli che si impegna a fornire in futuro in caso di variazione degli stessi.

Data 31/03/2021

Firma del Cliente \_\_\_\_\_

**Sanzioni penali**

**Art. 55, co.3 del D. Lgs. 231/2007**

3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

**Persone politicamente esposte**

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 occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:

1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro, 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;

1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;

1.4 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;

1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;

1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero

cariche analoghe in Stati esteri;

1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero o loro 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;

1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale.

1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;

2. Per **familiari** si intendono: 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**:

3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;

3.2 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.

**Elenco codici T.A.E.**

001 PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E MAGISTRATI

005 FORZE DELL'ORDINE/FORZE ARMATE

010 COLTIVAZIONE PRODOTTI AGRICOLI E OLIO

012 PRODUZIONE VINO

014 ALLEVAMENTO, CACCIA, SILVICOLTURA E PESCA

110 PRODUZIONE PRODOTTI ENERGETICI (CARBONE, PETROLIO, ENERGIA ELETTRICA, GAS, RACCOLTA, DEPURAZIONE E DISTRIBUZIONE ACQUA)

210 PRODUZIONE METALLI

230 PRODUZIONE MATERIALI DA COSTRUZIONE, VETRO, CERAMICA, PRODUZIONE, ESTRAZIONE E RICERCA DI SALI

250 PRODUZIONE PRODOTTI CHIMICI, FARMACEUTICI, VERNICI, FIBRE ARTIFICIALI E SINTETICHE

320 PRODUZIONE MACCHINE AGRICOLE E INDUSTRIALI

330 PRODUZIONE MACCHINE PER UFFICIO, ELABORATORI, STRUMENTI DI PRECISIONE, OTTICA, OROLOGI

340 PRODUZIONE MATERIALE ELETTRICO

350 PRODUZIONE MEZZI DI TRASPORTO



## A,B,C,D MODULO DI PROPOSTA

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI VITA

- 410 PRODUZIONE DI PRODOTTI ALIMENTARI E PRODOTTI A BASE DI TABACCO
- 430 PRODOTTI TESSILI, PELLE, PELLICCE, ABBIGLIAMENTO
- 440 PRODUZIONE TAPPETI, TAPPEZZERIE
- 450 PRODUZIONE CALZATURE
- 460 PRODUZIONE BIANCHERIA PER LA CASA E ARREDAMENTO
- 463 CARPENTERIA E COSTRUZIONI IN LEGNO, LAVORI IN LEGNO PER EDILIZIA
- 467 PRODUZIONE MOBILI IN LEGNO E GIUNCO, MATERASSI
- 470 PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE CARTA E CARTONE
- 473 PRODOTTI STAMPA ED EDITORIA
- 480 PRODUZIONE PRODOTTI IN GOMMA, PLASTICA E PNEUMATICI
- 490 PRODUZIONE LEGNO, SUGHERO
- 491 PRODUZIONE GIOIELLI E OREFICERIA
- 492 PRODUZIONE STRUMENTI MUSICALI
- 493 PRODOTTI CINEMATOGRAFIA E FOTOGRAFIA
- 494 PRODUZIONE GIOCATTOLI E ARTICOLI SPORTIVI
- 495 PRODUZIONE PENNE, TIMBRI E PRODOTTI DI CANCELLERIA
- 500 EDILIZIA, OPERE PUBBLICHE E DEMOLIZIONE IMMOBILI
- 600 COMMERCIO COMBUSTIBILI, MINERALI, PRODOTTI CHIMICI E CARBURANTI
- 611 COMMERCIO MATERIE PRIME AGRICOLE, ANIMALI VIVI
- 613 COMMERCIO LEGNAME E MATERIALE DA COSTRUZIONE
- 614 COMMERCIO MACCHINE, ATTREZZATURE, VEICOLI
- 615 COMMERCIO MOBILI, ELETTRODOMESTICI, TV, CASALINGHI E FERRAMENTA
- 616 COMMERCIO PRODOTTI TESSILI, ABBIGLIAMENTO, CALZATURE
- 617 COMMERCIO PRODOTTI ALIMENTARI, BEVANDE, TABACCO
- 618 COMMERCIO PRODOTTI FARMACEUTICI, COSMETICI, PROFUMI
- 619 COMMERCIO ALTRI PRODOTTI NON ALIMENTARI
- 620 COMMERCIO MATERIALE DI RECUPERO
- 621 COMMERCIO OROLOGI, GIOIELLERIA, ARGENTERIA
- 630 SERVIZI DEGLI INTERMEDIARI DEL COMMERCIO (AGENTI, RAPPRESENTANTI E AGENZIE DI MEDIAZIONE DEL COMMERCIO)
- 649 COMMERCIO ANTIQUARIATO E OGGETTI D'ARTE
- 653 COMMERCIO LIBRI, GIORNALI, CANCELLERIA
- 654 COMMERCIO ARMI E MUNIZIONI
- 660 ALBERGHI E PUBBLICI ESERCIZI
- 671 RIPARAZIONE AUTO, MOTO E BICICLETTE
- 672 RIPARAZIONE CALZATURE, ARTICOLI CUOIO, ELETTRODOMESTICI
- 710 SERVIZI FERROVIARI, TRAM, METRO, AUTOBUS DI LINEA
- 722 SERVIZI TRASPORTI DI PERSONE E MERCI
- 724 SERVIZI PER OLEODOTTO E GASDOTTO
- 731 SERVIZI DI CUSTODIA VALORI
- 732 AUTOTRASPORTATORI DI CONTANTE, TITOLI E VALORI C/ TERZI
- 740 SERVIZI TRASPORTI MARITTIMI, CABOTAGGIO, AEREI
- 760 SERVIZI CONNESSI AI TRASPORTI (GESTIONE PORTI, AUTOSTRADE, STAZIONI DI SERVIZIO, CONTROLLO E PESATURA MERCI)
- 771 AGENZIE VIAGGIO E INTERMEDIARI DEI TRASPORTI
- 773 SERVIZI DI CUSTODIA E DEPOSITO
- 790 SERVIZI DELLE COMUNICAZIONI PROFESSIONI LINGUISTICHE, LETTERARIE (GIORNALISTI, SCRITTORI, ECC.)
- 829 BANCARI
- 830 SERVIZI FINANZIARI ASSICURATIVI (CONSUL. FINANZ. E ASSIC., PROM. FINANZ., AGENTI FINANZ., BROKER, MEDIAT. CRED. ECC)
- 831 SERVIZI DI CONSULENZA TRIBUTARIA DEL LAVORO, DIREZIONALE, ORGANIZZATIVA, TECNICA, ECC.
- 832 PROFESSIONI AMMINISTRATIVE/CONTABILI (COMMERCIALISTI, RAGIONIERI, PERITI COMMERCIALI, AMM.CONDOMINIO, REVISORI, ECC)
- 833 SERVIZI DI PUBBLICITA'
- 834 SERVIZI DI AFFARI IMMOBILIARI (AGENTI IMMOBILIARI)
- 840 SERVIZI DI NOLEGGIO E LOCAZIONE
- 920 SERVIZI DISINFEZIONE, PULIZIA E NETTEZZA URBANA
- 930 SERVIZI INSEGNAMENTO
- 940 SERVIZI DI RICERCA E SVILUPPO
- 950 SERVIZI SANITARI DESTINABILI ALLA VENDITA
- 960 SERVIZI ISTITUZIONI SOCIALI, DELLE ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI E DELLE ORGANIZZAZIONI ECONOMICHE E SINDACALI
- 970 SERVIZI RICREATIVI E CULTURALI (DISCOTECHE, CIRCHI, LUNA PARK, ECC.)
- 971 PROFESSIONI SPORTIVE E ARTISTICHE
- 972 SALE CORSE, CASE DA GIOCO
- 981 SERVIZI DI LAVANDERIA E TINTORIA
- 982 SERVIZI PARRUCCHIERI BARBIERI E ISTITUTI DI BELLEZZA
- 983 SERVIZI STUDI FOTOGRAFICI
- 984 ALTRI SERVIZI PERSONALI NON ALTROVE CLASSIFICATI (SERVIZI DELLE POMPE FUNEBRI, DI CREMAZIONE, DI AGENZIE MATRIM., ECC )
- 990 PROFESSIONI GIURIDICO/LEGALI (AVVOCATI, NOTAI)
- 991 PROFESSIONI TECNICO/SCIENTIFICHE (ARCHITETTI, INGEGNERI, CHIMICI, BIOLOGI, AGRONOMI, PERITI, GEOMETRI, ECC.)
- 992 PROFESSIONI IN DISCIPLINE RELIGIOSE E TEOLOGICHE
- 993 ALTRI AGENTI, MEDIATORI E CONSULENTI NON ANCORA CLASSIFICATI (ES. AGENTI SPORTIVI)
- 999 ALTRA ATTIVITA'

CF LIFE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI VITA S.p.A.  
Sede Legale: Via Paolo di Dono, 73 - 00142 Roma  
tel. 06 5129 4600 fax 06 5129 4960  
[info@cfassicurazionilife.com](mailto:info@cfassicurazionilife.com) - [cfassicurazionilifespa@pec.it](mailto:cfassicurazionilifespa@pec.it)  
[www.cfassicurazioni.com](http://www.cfassicurazioni.com)

Capitale sociale: € 6.700.000,00 i.v. - C.F. 09623620151 - P.IVA. 03801541008  
REA CCIAA Roma n.702453  
Iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00096 - Società del Gruppo CF Assicurazioni S.p.A. - Iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n.042  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di CF Assicurazioni S.p.A.

**MODULO PER L' IDENTIFICAZIONE E  
L'ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA (Artt. 17 e ss. D. Lgs. 231/07) PERSONA GIURIDICA**

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016**

[1] I dati personali da riportare sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge [Decreto Legislativo n. 231/2007] in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è, pertanto, obbligatorio. Si ricorda che, ai sensi dell'art. 42 del sunnominato Decreto, la mancata comunicazione di tutti i dati richiesti dalla normativa, di seguito evidenziati, comporta l'impossibilità di instaurare il rapporto continuativo necessario per poter erogare le prestazioni assicurative. Inoltre, nel caso in cui CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. abbia già ricevuto disponibilità finanziarie di spettanza del Cliente prima del perfezionamento del contratto, la Compagnia sarà tenuta a restituire al Cliente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo importo tramite bonifico su un conto corrente bancario indicato dal Cliente stesso. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo, nonché Magistratura e Forze dell'ordine. La Compagnia potrebbe avvalersi di fornitori o sub fornitori, riassicuratori che non risiedono nell'Unione Europea, a tal proposito si garantisce che il trasferimento potrà avvenire solo verso soggetti che garantiscano un adeguato livello di protezione del trattamento dei dati e/o verso paesi per i quali le competenti Autorità hanno emesso una decisione di adeguatezza nonché verso soggetti che hanno fornito idonee garanzie al trattamento dei dati attraverso adeguati strumenti normativi/contrattuali quali ad esempio la sottoscrizione di clausole contrattuali standard. Per ottenere informazioni a tal riguardo, potrà inviare una e-mail all'indirizzo [cflife@protectiontrade.it](mailto:cflife@protectiontrade.it)

La base giuridica del trattamento dei suoi dati personali è il contratto in essere tra le parti e l'adempimento di obblighi normativi e il consenso. I suoi dati personali saranno trattati per la durata del rapporto assicurativo e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa contabile e fiscale, tali dati saranno inoltre conservati nei limiti dei tempi prescrittivi previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto instaurato con la nostra società. Il Responsabile della protezione dei dati è la Protection Trade Srl con sede in via Giorgio Morandi, 22 – ITRI (LT), questo responsabile potrà essere contattato per le tematiche privacy all'indirizzo mail [dpo\\_cflife@protectiontrade.it](mailto:dpo_cflife@protectiontrade.it)

La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti previsti agli artt. 15 e ss del Regolamento a favore dell'interessato, scrivendo a all'indirizzo mail [cflife@protectiontrade.it](mailto:cflife@protectiontrade.it) In particolare, Lei potrà:

- accedere ai suoi dati personali, ottenendo evidenza delle finalità perseguite da parte del Titolare, delle categorie di dati coinvolti, dei destinatari a cui gli stessi possono essere comunicati, del periodo di conservazione applicabile, dell'esistenza di processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze possibili per l'interessato, ove non già indicato nel testo di questa Informativa;
- ottenere senza ritardo la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano;
- ottenere, nei casi previsti dalla legge, la cancellazione dei suoi dati;
- ottenere la limitazione del trattamento o di opporsi allo stesso, quando ammesso in base alle previsioni di legge applicabili al caso specifico.

Ove lo ritenga opportuno, Lei potrà proporre reclamo all'autorità di controllo.

Il sottoscritto, acquisita l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016 presta il consenso al trattamento dei dati personali qui forniti, nonché di quelli che si impegna a fornire in futuro in caso di variazione degli stessi.

Data 31/03/2021

Firma del Cliente \_\_\_\_\_

*Ai fini della completezza delle informazioni di seguito riportate, si invita la Gentile Clientela a prendere visione delle informazioni rese allegate al presente modulo.*

**A,B,C,D**  
**MODULO DI PROPOSTA**

**Dati identificativi del Titolare del rapporto / dell'operazione**  
**Contraente, Azienda**  
Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CCIAA \_\_\_\_\_  
Luogo Costituzione \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - Nazionalità (\_\_\_\_\_) Sede legale \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese (\_\_\_\_\_)

**Informazioni sul Titolare del rapporto / dell'operazione**  
S.A.E. \_\_\_\_\_ A,B,C,D  
R.A.E./A.T.E.C.O. \_\_\_\_\_  
T.A.E.<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ 99  
Provincia/Stato \_\_\_\_\_  
Sede dell'attività \_\_\_\_\_  
Conto Corrente \_\_\_\_\_

**Dati identificativi dell'Esecutore per conto del Titolare**  
Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - Nazionalità (\_\_\_\_\_)  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese (\_\_\_\_\_)  
Domicilio (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese (\_\_\_\_\_)  
Documento d'identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Persona politicamente esposta (si ricorda che la definizione comprende anche i familiari e le persone che con essi intrattengono stretti legami secondo la definizione riportata in calce al presente modulo): \_\_\_\_\_ Si No

**Elenco dei Beneficiari della Polizza noti al Cliente/Contraente al momento della stipula**  
(Se persona fisica inserire cognome, nome e codice fiscale; se più Beneficiari si ricorda di allegare l'elenco completo con i relativi nome, cognome e Codice Fiscale. Se persona giuridica inserire ragione sociale, codice fiscale/partita IVA e sede legale).  
A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D A,B,C,D

**(se più Beneficiari si ricorda di allegare l'elenco completo con i relativi nome, cognome e Codice Fiscale)**

<sup>1</sup> Il T.A.E. (Tipo di Attività Economica) è una tabella creata per dettagliare i contenuti dei seguenti codici S.A.E.: 600 Famiglie consumatrici; 773 Famiglie consumatrici dei paesi UE membri dell'UM; 774 Famiglie consumatrici dei Paesi UE non membri dell'UM; 775 Famiglie consumatrici di Paesi non UE. Tale tabella è inoltre utilizzata per specificare i seguenti codici S.A.E. che non hanno un R.A.E. collegato: 757 Società non finanziarie dei Paesi UE membri dell'UM; 758 Società non finanziarie dei Paesi UE non membri dell'UM; 759 Società non finanziarie di Paesi non UE; 768 Famiglie produttrici dei Paesi UE membri dell'UM 769 Famiglie produttrici dei Paesi UE non membri; 772 Famiglie produttrici di Paesi non UE. L'elenco dei codici TAE è allegato in calce

**(si ricorda di allegare l'elenco dei titolari effettivi completo dei relativi dati identificativi secondo la definizione data dal Regolamento IVASS n.44/2019<sup>2</sup> ed una visura camerale aggiornata)**

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati identificativi del titolare del rapporto / dell'operazione riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero e altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto / dell'operazione.

Data 31/03/2021 Firma del Titolare / Esecutore \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Art.56: Nei casi in cui il rapporto continuativo si configuri come contratto per conto altrui ai sensi dell'articolo 1891 del codice civile, anche nella forma di polizza collettiva, il contraente assume la qualifica di cliente e l'assicurato, titolare dell'interesse tutelato dal contratto assicurativo, quella di titolare effettivo del rapporto continuativo.

**IDENTIFICAZIONE DEI SOGGETTI AUTORIZZATI DAL CONTRAENTE AL PAGAMENTO DEI PREMI ASSICURATIVI**

Secondo quanto disposto dall'art.57 del Regolamento IVASS n.44 del 12 febbraio 2019, in materia di "Disposizioni attuative volte a prevenire l'utilizzo delle imprese di assicurazione e degli intermediari assicurativi a fini di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo in materia di organizzazione, procedure e controlli interni e di adeguata verifica della clientela, ai sensi dell'articolo 7, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231", il pagamento dei premi assicurativi può essere corrisposto anche da soggetti privi di specifico potere rappresentativo. In tal caso, tuttavia, l'impresa assicurativa è tenuta a identificare tali soggetti e ad acquisire l'informazione circa la relazione con il contraente, accompagnata con una fotocopia di un documento in corso di validità<sup>3</sup>. Si ricorda che non sarà ammessa alcuna operazione di versamento dei premi effettuata da un soggetto diverso da quelli individuati nel presente modulo.

**Dati identificativi del pagatore persona fisica:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - Nazionalità (\_\_\_\_\_)  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese (\_\_\_\_\_)  
Relazione con il contraente \_\_\_\_\_

**Dati identificativi del pagatore persona giuridica:**

Ragione Sociale: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita IVA: \_\_\_\_\_  
Sede legale \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Paese (\_\_\_\_\_)  
Relazione con il contraente \_\_\_\_\_

*Io sottoscritto identifico come pagatore/i autorizzato/i al versamento dei premi assicurativi in nome e per conto della Società il soggetto (o i soggetti) sopra elencati. Dichiaro altresì che i dati identificativi dei pagatori riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero.*

Data 31/03/2021 Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Sono considerati documenti validi per l'identificazione, i seguenti:

- Carta d'identità
- Passaporto
- Patente di Guida
- Patente Nautica
- Libretto di Pensione
- Patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici
- Porto d'armi
- Una qualunque tessera di riconoscimento rilasciata da un'amministrazione statale purché munita di fotografia identificativa e timbro (es.: permesso di soggiorno)

**Informativa sugli obblighi di cui al D. Lgs. n. 231 del 21 Novembre 2007  
Sanzioni penali**

**Art. 55, co. 3 del D. lgs. 231/2007**

3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

**Persone politicamente esposte**

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 occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:

1.1 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;

1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;

1.4 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;

1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;

1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiali di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;

1.7 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;

1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale.

1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;

2. Per **familiari** si intendono: 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**:

3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;

3.2 le persone fisiche che delegano solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

**Elenco codici TAE**

- 001 PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E MAGISTRATI
- 005 FORZE DELL'ORDINE/FORZE ARMATE
- 010 COLTIVAZIONE PRODOTTI AGRICOLI E OLIO
- 012 PRODUZIONE VINO
- 014 ALLEVAMENTO, CACCIA, SILVICOLTURA E PESCA
- 110 PRODUZIONE PRODOTTI ENERGETICI (CARBONE, PETROLIO, ENERGIA ELETTRICA, GAS, RACCOLTA, DEPURAZIONE E DISTRIBUZIONE ACQUA)
- 210 PRODUZIONE METALLI
- 230 PRODUZIONE MATERIALI DA COSTRUZIONE, VETRO, CERAMICA, PRODUZIONE, ESTRAZIONE E RICERCA DI SALI
- 250 PRODUZIONE PRODOTTI CHIMICI, FARMACEUTICI, VERNICI, FIBRE ARTIFICIALI E SINTETICHE
- 320 PRODUZIONE MACCHINE AGRICOLE E INDUSTRIALI
- 330 PRODUZIONE MACCHINE PER UFFICIO, ELABORATORI, STRUMENTI DI PRECISIONE, OTTICA, OROLOGI
- 340 PRODUZIONE MATERIALE ELETTRICO
- 350 PRODUZIONE MEZZI DI TRASPORTO
- 410 PRODUZIONE DI PRODOTTI ALIMENTARI E PRODOTTI A BASE DI TABACCO
- 430 PRODOTTI TESSILI, PELLE, PELLICCE, ABBIGLIAMENTO
- 440 PRODUZIONE TAPPETI, TAPPEZZERIE

**A,B,C,D**  
**MODULO DI PROPOSTA**

- 450 PRODUZIONE CALZATURE  
 460 PRODUZIONE BIANCHERIA PER LA CASA E ARREDAMENTO  
 463 CARPENTERIA E COSTRUZIONI IN LEGNO, LAVORI IN LEGNO PER EDILIZIA  
 467 PRODUZIONE MOBILI IN LEGNO E GIUNCO, MATERASSI  
 470 PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE CARTA E CARTONE  
 473 PRODOTTI STAMPA ED EDITORIA  
 480 PRODUZIONE PRODOTTI IN GOMMA, PLASTICA E PNEUMATICI  
 490 PRODUZIONE LEGNO, SUGHERO  
 491 PRODUZIONE GIOIELLI E OREFICERIA  
 492 PRODUZIONE STRUMENTI MUSICALI  
 493 PRODOTTI CINEMATOGRAFIA E FOTOGRAFIA  
 494 PRODUZIONE GIOCATTOLE E ARTICOLI SPORTIVI  
 495 PRODUZIONE PENNE, TIMBRI E PRODOTTI DI CANCELLERIA  
 500 EDILIZIA, OPERE PUBBLICHE E DEMOLIZIONE IMMOBILI  
 600 COMMERCIO COMBUSTIBILI, MINERALI, PRODOTTI CHIMICI E CARBURANTI  
 611 COMMERCIO MATERIE PRIME AGRICOLE, ANIMALI VIVI  
 613 COMMERCIO LEGNAME E MATERIALE DA COSTRUZIONE  
 614 COMMERCIO MACCHINE, ATTREZZATURE, VEICOLI  
 615 COMMERCIO MOBILI, ELETTRODOMESTICI, TV, CASALINGHI E FERRAMENTA  
 616 COMMERCIO PRODOTTI TESSILI, ABBIGLIAMENTO, CALZATURE  
 617 COMMERCIO PRODOTTI ALIMENTARI, BEVANDE, TABACCO  
 618 COMMERCIO PRODOTTI FARMACEUTICI, COSMETICI, PROFUMI  
 619 COMMERCIO ALTRI PRODOTTI NON ALIMENTARI  
 620 COMMERCIO MATERIALE DI RECUPERO  
 621 COMMERCIO OROLOGI, GIOIELLERIA, ARGENTERIA  
 630 SERVIZI DEGLI INTERMEDIARI DEL COMMERCIO (AGENTI, RAPPRESENTANTI E AGENZIE DI MEDIAZIONE DEL COMMERCIO)  
 649 COMMERCIO ANTIQUARIATO E OGGETTI D'ARTE  
 653 COMMERCIO LIBRI, GIORNALI, CANCELLERIA  
 654 COMMERCIO ARMI E MUNIZIONI  
 660 ALBERGHI E PUBBLICI ESERCIZI  
 671 RIPARAZIONE AUTO, MOTO E BICICLETTE  
 672 RIPARAZIONE CALZATURE, ARTICOLI CUOIO, ELETTRODOMESTICI  
 710 SERVIZI FERROVIARI, TRAM, METRO, AUTOBUS DI LINEA  
 722 SERVIZI TRASPORTI DI PERSONE E MERCI  
 724 SERVIZI PER OLEODOTTO E GASDOTTO  
 731 SERVIZI DI CUSTODIA VALORI  
 732 AUTOTRASPORTATORI DI CONTANTE, TITOLI E VALORI C/ TERZI  
 740 SERVIZI TRASPORTI MARITTIMI, CABOTAGGIO, AEREI  
 760 SERVIZI CONNESSI AI TRASPORTI (GESTIONE PORTI, AUTOSTRADE, STAZIONI DI SERVIZIO, CONTROLLO E PESATURA MERCI)  
 771 AGENZIE VIAGGIO E INTERMEDIAZIONE TRASPORTI  
 773 SERVIZI DI CUSTODIA E DEPOSITO  
 790 SERVIZI DELLE COMUNICAZIONI E PROFESSIONI LINGUISTICHE, LETTERARIE (GIORNALISTI, SCRITTORI, ECC.)  
 829 BANCARI  
 830 SERVIZI FINANZIARI E ASSICURATIVI (CONSUL. FINANZ. E ASSIC., PROM. FINANZ., AGENTI FINANZ., BROKER, MEDIAT. CRED. ECC)  
 831 SERVIZI DI CONSULENZA AMMINISTRATIVA, DEL LAVORO, DIREZIONALE, ORGANIZZATIVA, TECNICA, ECC.  
 832 PROFESSIONI AMMINISTRATIVE/CONTABILI (COMMERCIALISTI, RAGIONIERI, PERITI COMMERCIALI, AMM.CONDOMINIO, REVISORI, ECC)  
 833 SERVIZI DI PUBBLICITA'  
 834 SERVIZI DI AFFARI IMMOBILIARI (AGENTI IMMOBILIARI)  
 840 SERVIZI DI NOLEGGIO E LOCAZIONE  
 920 SERVIZI DISINFEZIONE, PULIZIA E NETTEZZA URBANA  
 930 SERVIZI INSEGNAMENTO  
 940 SERVIZI DI RICERCA E SVILUPPO  
 950 SERVIZI SANITARI DESTINABILI ALLA VENDITA  
 960 SERVIZI ISTITUZIONI SOCIALI, DELLE ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI E DELLE ORGANIZZAZIONI ECONOMICHE E SINDACALI  
 970 SERVIZI RICREATIVI E CULTURALI (DISCOTECHE, CIRCHI, LUNA PARK, ECC.)  
 971 PROFESSIONI SPORTIVE E ARTISTICHE  
 972 SALE CORSE, CASE DA GIOCO  
 981 SERVIZI DI LAVANDERIA E TINTORIA  
 982 SERVIZI PARRUCCHIERI BARBIERI E ISTITUTI DI BELLEZZA  
 983 SERVIZI STUDI FOTOGRAFICI  
 984 ALTRI SERVIZI PERSONALI NON ALTROVE CLASSIFICATI (SERVIZI DELLE POMPE FUNEBRI, DI CREMAZIONE, DI AGENZIE MATRIM., ECC )  
 990 PROFESSIONI GIURIDICO/LEGALI (AVVOCATI, NOTAI)  
 991 PROFESSIONI TECNICO/SCIENTIFICHE (ARCHITETTI, INGEGNERI, CHIMICI, BIOLOGI, AGRONOMI, PERITI, GEOMETRI, ECC.)  
 992 PROFESSIONI IN DISCIPLINE RELIGIOSE E TEOLOGICHE  
 993 ALTRI AGENTI, MEDIATORI E CONSULENTI NON ANCORA CLASSIFICATI (ES. AGENTI SPORTIVI)  
 999 ALTRA ATTIVITA'

**NORMATIVA FATCA E CRS**

La legge 18 giugno 2015 n. 95 ha introdotto obblighi di adeguata verifica fiscale della clientela per lo scambio automatico di informazioni finanziarie con gli Stati Uniti a decorrere dal 2014 (normativa FATCA), e con i Paesi aderenti allo scambio di informazioni attraverso il Common Reporting Standard (CRS) previsto dal Multilateral Competent Authority Agreement sottoscritto dall'Italia, e dalla Direttiva 2014/107/UE del Consiglio del 9 dicembre 2014, a decorrere dal 2016.

I proventi di fonte statunitense corrisposti alla clientela che non risulta identificata nei termini previsti da FATCA potrebbero essere soggetti alla ritenuta fiscale statunitense applicabile nei termini di legge. Gli intermediari finanziari italiani devono comunicare annualmente all'Agenzia delle entrate le informazioni relative ai conti finanziari detenuti dalla clientela fiscalmente residente all'estero, anche sulla base di criteri presuntivi espressamente previsti dalla normativa. La prima segnalazione FATCA è stata effettuata nel 2015. La prima segnalazione relativa allo scambio di informazioni attraverso il CRS sarà effettuata nel 2017, per l'operatività svolta nel 2016. L'Agenzia delle entrate provvederà a trasferire le informazioni finanziarie alle autorità del Paese di residenza fiscale del cliente entro il 30 settembre di ciascun anno. Il rilascio dei dati risulta obbligatorio in forza della normativa citata.

**DICHIARAZIONE U.S. PERSON DEL CONTRAENTE (FATCA)**

**Dichiarazione U.S. Person del Contraente (da compilare solo se persona fisica):**

Il sottoscritto

Cognome A,B,C,D

Nome A,B,C,D

Data di Nascita 31/03/2021

Indirizzo A,B,C,D A,B,C,D

Città, Provincia, CAP A,B,C,D,A,B,C,D,A,B,C,D

Paese A,B,C,D

dichiara di essere cittadino degli Stati Uniti d'America o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SI  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

**DICHIARAZIONI AI FINI DELLA NORMATIVA CRS**

**(da compilare solo se persona fisica)**

Il sottoscritto

Cognome A,B,C,D

Nome A,B,C,D

Data di Nascita 31/03/2021

Indirizzo A,B,C,D A,B,C,D

Città, Provincia, CAP A,B,C,D,A,B,C,D,A,B,C,D

Paese A,B,C,D

Si prega di compilare la seguente tabella che indica: (i) dove il contraente ha la residenza fiscale e (ii) il codice fiscale del contraente per ciascuno Paese/giurisdizione indicato.

Paese/Giurisdizione di residenza fiscale	Codice Fiscale
<u>A,B,C,D A,B,C,D</u>	<u>A,B,C,DA,B,C,D</u>
<u>A,B,C,DA,B,C,D</u>	<u>A,B,C,DA,B,C,D</u>
<u>A,B,C,DA,B,C,D</u>	<u>A,B,C,DA,B,C,D</u>

Se il Codice Fiscale non è fornito, il sottoscritto dichiara che il Paese di residenza non rilascia il Codice Fiscale.

Il sottoscritto Contraente dichiara che le informazioni fornite corrispondono al vero e sono corrette e complete.

Il sottoscritto Contraente si impegna a comunicare a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. eventuali modifiche alle informazioni fornite in sede di sottoscrizione del seguente modulo entro 30 giorni dal verificarsi della circostanza che ne ha determinato la modifica.

Il sottoscritto Contraente si impegna, altresì, a fornire entro 30 giorni una nuova autocertificazione, qualora le informazioni contenute nella presente dichiarazione diventino non corrette.

Il Contraente è tenuto a manlevare e tenere indenne la Compagnia da tutte le sanzioni, interessi, oneri, costi eventualmente applicati dalle autorità fiscali italiane e/o straniere a causa dell'omessa compilazione dell'autocertificazione, o qualora questa contenga dichiarazioni incomplete o inesatte.

Luogo e Data

31/03/2021

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

**A,B,C,D**  
**MODULO DI PROPOSTA**

**NORMATIVA FATCA E CRS**

La legge 18 giugno 2015 n. 95 ha introdotto obblighi di adeguata verifica fiscale della clientela per lo scambio automatico di informazioni finanziarie con gli Stati Uniti a decorrere dal 2014 (normativa FATCA), e con i Paesi aderenti allo scambio di informazioni attraverso il Common Reporting Standard (CRS) previsto dal Multilateral Competent Authority Agreement sottoscritto dall'Italia, e dalla Direttiva 2014/107/UE del Consiglio del 9 dicembre 2014, a decorrere dal 2016. I proventi di fonte statunitense corrisposti alla clientela che non risulta identificata nei termini previsti da FATCA potrebbero essere soggetti alla ritenuta fiscale statunitense applicabile nei termini di legge. Gli intermediari finanziari italiani devono comunicare annualmente all'Agenzia delle entrate le informazioni relative ai conti finanziari detenuti dalla clientela fiscalmente residente all'estero, anche sulla base di criteri presuntivi espressamente previsti dalla normativa. La prima segnalazione FATCA è stata effettuata nel 2015. La prima segnalazione relativa allo scambio di informazioni attraverso il CRS sarà effettuata nel 2017, per l'operatività svolta nel 2016. L'Agenzia delle entrate provvederà a trasferire le informazioni finanziarie alle autorità del Paese di residenza fiscale del cliente entro il 30 settembre di ciascun anno. Il rilascio dei dati risulta obbligatorio in forza della normativa citata.

**DICHIARAZIONE U.S. PERSON DEL CONTRAENTE (FATCA)**

**Dichiarazione U.S. Person della Società Contraente (da compilare solo se persona giuridica):**

Il sottoscritto, nella qualità di legale rappresentante di:

Ragione sociale A,B,C,D

Sede Legale A,B,C,D

Indirizzo A,B,C,D

Città, Provincia, CAP A,B,C,D,A,B,C,D,A,B,C,D

Paese A,B,C,D

dichiara che la Società contraente è "US Person" come definita dalla normativa fiscale americana ed allega apposito "Form W-9".

SI  NO (barrare obbligatoriamente una delle due caselle)

**DICHIARAZIONE AI FINI DELLA NORMATIVA CRS**

**(da compilare solo se persona giuridica):**

Il sottoscritto, nella qualità di legale rappresentante di:

Ragione sociale A,B,C,D

Sede Legale A,B,C,D

Indirizzo A,B,C,D

Città, Provincia, CAP A,B,C,D,A,B,C,D,A,B,C,D

Paese A,B,C,D

Si prega di compilare la seguente tabella che indica: (i) dove il contraente ha la residenza fiscale e (ii) il codice fiscale del contraente per ciascun paese/giurisdizione indicato.

Paese/Giurisdizione di residenza fiscale	Codice Fiscale
<u>A,B,C,D,A,B,C,D</u>	<u>A,B,C,DA,B,C,D</u>
<u>A,B,C,DA,B,C,D</u>	<u>A,B,C,DA,B,C,D</u>
<u>A,B,C,DA,B,C,D</u>	<u>A,B,C,DA,B,C,D</u>

Se il Codice Fiscale non è fornito, il sottoscritto dichiara che il Paese di residenza non rilascia il Codice Fiscale.

Il sottoscritto Contraente dichiara che le informazioni fornite corrispondono al vero e sono corrette e complete.

Il sottoscritto Contraente si impegna a comunicare a CF Life Compagnia di Assicurazioni Vita S.p.A. eventuali modifiche alle informazioni fornite in sede di sottoscrizione del seguente modulo entro 30 giorni dal verificarsi della circostanza che ne ha determinato la modifica.

Il sottoscritto Contraente si impegna, altresì, a fornire entro 30 giorni una nuova autocertificazione, qualora le informazioni contenute nella presente dichiarazione diventino non corrette.

Il Contraente è tenuto a manlevare e tenere indenne la Compagnia da tutte le sanzioni, interessi, oneri, costi eventualmente applicati dalle autorità fiscali italiane e/o straniere a causa dell'omessa compilazione dell'autocertificazione, o qualora questa contenga dichiarazioni incomplete o inesatte.

Luogo e Data 31/03/2021

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

**A,B,C,D**  
**MODULO DI PROPOSTA**

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE “DEMANDS AND NEEDS” E DELL’ADEGUATEZZA  
(Persona Fisica)**

Gentile Cliente,

il presente modulo contiene il Questionario per la valutazione “Demands and Needs” e dell’adeguatezza. Tale questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a determinare le Sue esigenze assicurative e previdenziali al fine di poter individuare i prodotti assicurativi coerenti ai Suoi bisogni e valutare l’adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere.

Le chiediamo, pertanto, di fornire le informazioni che le vengono richieste e di esprimere le Sue esigenze assicurative, per consentire una migliore individuazione del Suo bisogno assicurativo e della sua coerenza rispetto alle diverse tipologie contrattuali esistenti, nonché permettere una analisi e definizione dei contenuti contrattuali ai fini di una valutazione di idoneità dei prodotti, svolta al fine di agire nel Suo miglior interesse.

Lei resta comunque libero di sottoscrivere un qualunque prodotto assicurativo, sulla base delle Sue autonome decisioni, rispetto agli elementi contrattuali, con particolare riferimento alle condizioni contrattuali, alla durata, al premio, ai limiti della copertura assicurativa, che Le saranno forniti in dettaglio ed in modo oggettivo dall’Intermediario, per consentirLe di prendere una decisione informata e consapevole.

È nostra cura assicurarci che il cliente sia consapevole dell’importanza di quanto sopra riportato e, pertanto, è nostro dovere informarla che in caso di Suo rifiuto a fornire una o più delle informazioni richieste, non sarà possibile procedere con alcuna proposta assicurativa.

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome e Nome: A,B,C,D  
Codice Fiscale: A,B,C,D  
Data di nascita: 31/03/202131/03/2021  
Comune di nascita: A,B,C,DA,B,C,DA,B,C,D  
Residenza: A,B,C,D A,B,C,DA,B,C,D  
Provincia: A,B,C,D  
CAP: A,B,C,D

**DOMANDE PER LA VALUTAZIONE SULLA COERENZA DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE**

1) Quali sono i bisogni assicurativo – previdenziali che intende perseguire con il contratto?

- Il contratto deve soddisfare obblighi di legge (es. CCNL, DPR 180/50 Cessione dello Stipendio/Pensione)
- Risparmio /investimento
- Previdenza / Pensione complementare
- Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità, inabilità, malattie gravi, non autosufficienza, perdita impiego)
- Protezione essenziale per ottenere un mutuo e/o un prestito/finanziamento (CPI/PPI)

2) Qual è l’orizzonte temporale che si prefigge per la realizzazione degli obiettivi?

- Minore di 5 anni (breve)
- Da 5 a 10 anni (medio)
- Maggiore di 10 anni (lungo)

3) Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo – previdenziali attraverso

- Versamento unico
- Versamenti periodici / ricorrenti

4) Qual è attualmente il suo stato occupazionale?

- Dipendente / Dirigente di Azienda Privata con contratto a tempo indeterminato da almeno un anno
- Dipendente / Dirigente di Azienda Privata non avente contratto a tempo indeterminato da almeno un anno
- Dipendente pubblico / statale
- Lavoratore autonomo
- Libero professionista
- Amministratore di Società
- Pensionato
- Non occupato

A,B,C,D  
MODULO DI PROPOSTA

5) Quanti sono i componenti del nucleo familiare ?

- 1       2       Oltre 2

6) Quanti figli sono minorenni?  0  1  2

7) Ha eventuali altri soggetti a carico o da tutelare?  SI       NO

8) Quanti altri prodotti assicurativi ha già stipulato?

- Risparmio / Investimento  
 Previdenza / Pensione Complementare  
 Protezione Assicurativa (morte, infortuni, malattia, non autosufficienza, perdita impiego)  
 Altro  
 Nessuna copertura assicurativa

9) Qual è la sua fascia di reddito annuo?

- Fino a € 30.000,00  
 Da € 30.001,00 a € 50.000,00  
 Da € 50.001,00 a € 100.000,00  
 Oltre € 100.000,00

10) Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le sue aspettative sull'evoluzione futura dei suoi redditi?

- In aumento  
 Stabile  
 In diminuzione

11) Qual è la sua capacità di risparmio annuo?

- Fino a € 5.000,00  
 Da € 5.001,00 a € 15.000,00  
 Oltre € 15.000,00

12) Ha mutui, prestiti, leasing o altre voci fisse di uscita?  SI       NO

**COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE LE DOMANDE CHE SEGUONO SE L'ESIGENZA E' LEGATA A PRODOTTI DI RISPARMIO/INVESTIMENTO. PER ALTRI PRODOTTI PUO' ESSERE SELEZIONATO "NON RILEVANTE"**

**DOMANDE PER LA VALUTAZIONE DI ADEGUATEZZA/APPROPRIATEZZA**

13) Quale è il suo titolo di studio?

- Non rilevante  
 Laurea o master  
 Diploma  
 Licenza Media  
 Altro

14) Quale livello di conoscenza ed esperienza ha dei prodotti e strumenti finanziari?

- Non rilevante  
 Bassa  
 Media  
 Alta

15) Qual è la probabilità di aver bisogno dei suoi risparmi nei primi anni di contratto?

- Non rilevante  
 Bassa  
 Alta  
 Non prevedibile

**A,B,C,D**  
**MODULO DI PROPOSTA**

16 ) Quale è la sua capacità di sostenere eventuali perdite?

- Non rilevante  
 Bassa (fino al 5% del proprio reddito annuo)  
 Media (fino al 30% del proprio reddito annuo)  
 Alta (fino al 50% del proprio reddito annuo)

17) Qual è la sua propensione al rischio, e conseguentemente le sue aspettative di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto?

- Non rilevante  
 Bassa  
 Media  
 Alta

Il Sottoscritto dichiara che in data odierna ha completato il questionario utile a rilevare i propri bisogni e l'adeguatezza/coerenza dei contratti assicurativi, le cui risposte sono sintetizzate nel presente documento. Il Sottoscritto dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero alle summenzionate domande.

Timbro dell'Agenzia e Firma dell'Intermediario      Firma del Contraente

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DELL'INTERMEDIARIO SULLA COERENZA**

**Dichiarazione di coerenza ex art.58 e art. 68- d e c e s , art. 40/2018 modificato dal Provvedimento Ivass 97/2020**

Acquisite le informazioni dal cliente utili a valutare le sue richieste ed esigenze e tenuto conto della tipologia di contraente, della natura e della complessità o meno del prodotto offerto dal distributore,  
( A,B,C,D 99 ) prima della sottoscrizione del contratto, ritiene che il prodotto  
( A,B,C,D ) risulta coerente con le richieste ed esigenze del contraente.

**A,B,C,D**  
**MODULO DI PROPOSTA**

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE “DEMANDS AND NEEDS” E DELL’ADEGUATEZZA  
(Persona Fisica)**

Gentile Cliente,

il presente modulo contiene il Questionario per la valutazione “Demands and Needs” e dell’adeguatezza. Tale questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a determinare le Sue esigenze assicurative e previdenziali al fine di poter individuare i prodotti assicurativi coerenti ai Suoi bisogni e valutare l’adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere.

Le chiediamo, pertanto, di fornire le informazioni che le vengono richieste e di esprimere le Sue esigenze assicurative, per consentire una migliore individuazione del Suo bisogno assicurativo e della sua coerenza rispetto alle diverse tipologie contrattuali esistenti, nonché permettere una analisi e definizione dei contenuti contrattuali ai fini di una valutazione di idoneità dei prodotti, svolta al fine di agire nel Suo miglior interesse.

Lei resta comunque libero di sottoscrivere un qualunque prodotto assicurativo, sulla base delle Sue autonome decisioni, rispetto agli elementi contrattuali, con particolare riferimento alle condizioni contrattuali, alla durata, al premio, ai limiti della copertura assicurativa, che Le saranno forniti in dettaglio ed in modo oggettivo dall’Intermediario, per consentirLe di prendere una decisione informata e consapevole.

È nostra cura assicurarci che il cliente sia consapevole dell’importanza di quanto sopra riportato e, pertanto, è nostro dovere informarla che in caso di Suo rifiuto a fornire una o più delle informazioni richieste, non sarà possibile procedere con alcuna proposta assicurativa.

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome e Nome: A,B,C,D  
Codice Fiscale: A,B,C,D  
Data di nascita: 31/03/202131/03/2021  
Comune di nascita: A,B,C,DA,B,C,DA,B,C,D  
Residenza: A,B,C,D A,B,C,DA,B,C,D  
Provincia: A,B,C,D  
CAP: A,B,C,D

**DOMANDE PER LA VALUTAZIONE SULLA COERENZA DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE**

1) Quali sono i bisogni assicurativo – previdenziali che intende perseguire con il contratto?

- Il contratto deve soddisfare obblighi di legge (es. CCNL, DPR 180/50 Cessione dello Stipendio/Pensione)
- Risparmio /investimento
- Previdenza / Pensione complementare
- Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità, inabilità, malattie gravi, non autosufficienza, perdita impiego)
- Protezione essenziale per ottenere un mutuo e/o un prestito/finanziamento (CPI/PPI)

2) Qual è l’orizzonte temporale che si prefigge per la realizzazione degli obiettivi?

- Minore di 5 anni (breve)
- Da 5 a 10 anni (medio)
- Maggiore di 10 anni (lungo)

3) Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo – previdenziali attraverso

- Versamento unico
- Versamenti periodici / ricorrenti

4) Qual è attualmente il suo stato occupazionale?

- Dipendente / Dirigente di Azienda Privata con contratto a tempo indeterminato da almeno un anno
- Dipendente / Dirigente di Azienda Privata non avente contratto a tempo indeterminato da almeno un anno
- Dipendente pubblico / statale
- Lavoratore autonomo
- Libero professionista
- Amministratore di Società
- Pensionato
- Non occupato

A,B,C,D  
MODULO DI PROPOSTA

5) Quanti sono i componenti del nucleo familiare ?

- 1       2       Oltre 2

6) Quanti figli sono minorenni?

7) Ha eventuali altri soggetti a carico o da tutelare?  SI       NO

8) Quanti altri prodotti assicurativi ha già stipulato?

- Risparmio / Investimento  
 Previdenza / Pensione Complementare  
 Protezione Assicurativa (morte, infortuni, malattia, non autosufficienza, perdita impiego)  
 Altro  
 Nessuna copertura assicurativa

9) Qual è la sua fascia di reddito annuo?

- Fino a € 30.000,00  
 Da € 30.001,00 a € 50.000,00  
 Da € 50.001,00 a € 100.000,00  
 Oltre € 100.000,00

10) Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le sue aspettative sull'evoluzione futura dei suoi redditi?

- In aumento  
 Stabile  
 In diminuzione

11) Qual è la sua capacità di risparmio annuo?

- Fino a € 5.000,00  
 Da € 5.001,00 a € 15.000,00  
 Oltre € 15.000,00

12) Ha mutui, prestiti, leasing o altre voci fisse di uscita?  SI       NO

**COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE LE DOMANDE CHE SEGUONO SE L'ESIGENZA E' LEGATA A PRODOTTI DI RISPARMIO/INVESTIMENTO. PER ALTRI PRODOTTI PUO' ESSERE SELEZIONATO "NON RILEVANTE"**

**DOMANDE PER LA VALUTAZIONE DI ADEGUATEZZA/APPROPRIATEZZA**

13) Quale è il suo titolo di studio?

- Non rilevante  
 Laurea o master  
 Diploma  
 Licenza Media  
 Altro

14) Quale livello di conoscenza ed esperienza ha dei prodotti e strumenti finanziari?

- Non rilevante  
 Bassa  
 Media  
 Alta

15) Qual è la probabilità di aver bisogno dei suoi risparmi nei primi anni di contratto?

- Non rilevante  
 Bassa  
 Alta  
 Non prevedibile

**A,B,C,D**  
**MODULO DI PROPOSTA**

16 ) Quale è la sua capacità di sostenere eventuali perdite?

- Non rilevante  
 Bassa (fino al 5% del proprio reddito annuo)  
 Media (fino al 30% del proprio reddito annuo)  
 Alta (fino al 50% del proprio reddito annuo)

17) Qual è la sua propensione al rischio, e conseguentemente le sue aspettative di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto?

- Non rilevante  
 Bassa  
 Media  
 Alta

Il Sottoscritto dichiara che in data odierna ha completato il questionario utile a rilevare i propri bisogni e l'adeguatezza/coerenza dei contratti assicurativi, le cui risposte sono sintetizzate nel presente documento. Il Sottoscritto dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero alle summenzionate domande.

Timbro dell'Agenzia e Firma dell'Intermediario      Firma del Contraente

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DELL'INTERMEDIARIO SULLA COERENZA**

**Dichiarazione di coerenza ex art.58 e art. 68- d e c e s , art. 40/2018 modificato dal Provvedimento Ivass 97/2020**

Acquisite le informazioni dal cliente utili a valutare le sue richieste ed esigenze e tenuto conto della tipologia di contraente, della natura e della complessità o meno del prodotto offerto dal distributore,  
( A,B,C,D ) prima della sottoscrizione del contratto, ritiene che il prodotto  
( A,B,C,D ) risulta coerente con le richieste ed esigenze del contraente.

FAC-SIMILE