

CLESSIDRA



BPB ASSICURAZIONI VITA

GRUPPO

BANCA POPOLARE DI BERGAMO - CV

Sommario

Definizioni	pag.	4
Relative all'Assicurazione in generale	pag.	4
Relative all'Assicurazione vita in particolare	pag.	4
Condizioni generali di Assicurazione	pag.	6
Condizioni speciali per l'Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente ed a premio annuo costante - Tar n. 20 – Garanzia Base A	pag.	9
Condizioni speciali di carenza per assicurazioni senza visita medica	pag.	10
Condizioni speciali per l'Assicurazione complementare esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità - Garanzia Complementare B	pag.	12
Condizioni particolari	pag.	14

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA IN
FORMA DI “ASSICURAZIONE TEMPORANEA
IN CASO DI MORTE A CAPITALE
DECRESCENTE ED A PREMIO ANNUO
COSTANTE” TARIFFA N. 20 – GARANZIA BASE
A “ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE
ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI
IN CASO DI INVALIDITÀ” –
GARANZIA COMPLEMENTARE B**



DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il presente contratto di assicurazione sulla vita è disciplinato, oltre che dalle norme legislative in materia, dalle:

- **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**
(sempre operanti)
- **CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A CAPITALE DECRESCENTE ED A PREMIO ANNUO COSTANTE – TARIFFA N. 20**
(Garanzia Base A sempre operante)
- **CONDIZIONI SPECIALI DI CARENZA PER ASSICURAZIONI SENZA VISITA MEDICA**
- **CONDIZIONI SPECIALI PER L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ**
(Garanzia Complementare B se operante)
- **CONDIZIONI PARTICOLARI**

Le tariffe e le Condizioni sono sottoposte al controllo dell'Istituto per la Vigilanza delle Assicurazioni Private - ISVAP

ESTREMI DELL'ASSICURAZIONE

Dalla DICHIARAZIONE DI ADESIONE – PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA risultano:

- Numero di Polizza;
- Decorrenza;
- Durata dell'Assicurazione (differimento);
- Identità del Contraente e dell'Assicurato;
- Attribuzione del Beneficio;
- Importo del premio dovuto dal Contraente;
- Capitale Assicurato.

Definizioni

Alle seguenti denominazioni viene convenzionalmente attribuito il significato qui precisato:

RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ASSICURATO: la persona sulla cui vita è stipulato il Contratto di Assicurazione.

ASSICURAZIONE: garanzia prestata con il Contratto di Assicurazione.

CONTRAENTE: chi stipula il Contratto con la Società.

CONSUMATORE: Contraente, Beneficiario o chiunque avanzi un giudizio contro la Società.

BENEFICIARIO/I: colui/loro cui spetta la somma assicurata.

POLIZZA: documento che prova l'esistenza del Contratto di Assicurazione.

PREMIO: importo dovuto dal Contraente alla Società.

SOCIETÀ: B.P.B. Assicurazioni Vita S.p.A..

RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE VITA IN PARTICOLARE

CARENZA: intervallo di tempo che intercorre tra la data di conclusione del contratto e la piena efficacia della garanzia.



DURATA CONTRATTUALE (DIFFERIMENTO): intervallo di tempo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto e quella di scadenza.

ETÀ CONTRATTUALE: età dell'Assicurato riferita alla data di decorrenza dell'Assicurazione. Essa si determina per anni interi trascurando le frazioni di anno inferiori ai sei mesi e computando, invece, come anno intero, la frazione superiore ai sei mesi.

RECESSO: diritto, riconosciuto al Contraente, di annullare il contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione; comporta la restituzione delle somme eventualmente versate, diminuite, oltreché dell'imposta sul premio, delle spese già sostenute dalla Società, purché preventivamente quantificate nella Dichiarazione di Adesione - Proposta di Assicurazione sulla Vita.

REVOCA: diritto del Contraente di annullare la Proposta di Assicurazione presentata alla Società, ottenendo la restituzione delle somme già versate, diminuite delle eventuali spese sostenute dalla Società, purché preventivamente quantificate nella Dichiarazione di Adesione - Proposta di Assicurazione.

RIATTIVAZIONE: facoltà concessa al Contraente di riprendere il versamento dei premi dopo una sospensione.

SINISTRO: evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Condizioni generali di assicurazione

ART. 1 - Obblighi della Società

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla Polizza e dagli allegati rilasciati dalla Società stessa.

ART. 2 - Conclusione del Contratto - Entrata in vigore dell'Assicurazione

Il contratto è concluso nel giorno in cui:

- a. la Polizza, firmata dalla Società, sia stata sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato;
- b. oppure il Contraente abbia ricevuto, da parte della Società, la Polizza da essa firmata o altra comunicazione scritta del proprio assenso.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno riportato sulla Dichiarazione di Adesione - Proposta di Assicurazione sulla Vita come data di decorrenza, a condizione che sia stata pagata la prima rata di premio.

ART. 3 - Recesso

Il Contraente può recedere dal contratto dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni dalla sua conclusione, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento. Il recesso ha effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dal timbro postale di invio. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa il premio eventualmente corrisposto dal Contraente, diminuito dell'imposta e di eventuali spese sostenute quantificate nella Dichiarazione di Adesione – Proposta di Assicurazione sulla Vita, dietro consegna dell'originale di Polizza e di eventuali appendici.

ART. 4 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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



- a. quando esiste malafede o colpa grave, ha il diritto:
 - di rifiutare, in caso di sinistro ed in ogni tempo, qualsiasi pagamento;
 - di contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- b. quando non esiste malafede o colpa grave, ha diritto:
 - di ridurre, in caso di sinistro, le somme assicurate in relazione al maggior rischio accertato;
 - di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha ricevuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

La Società rinuncia a tali diritti trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o dalla sua riattivazione, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta in malafede e salvo la rettifica del Capitale Assicurato in base all'età ed al sesso reali dell'Assicurato, quando quelli denunciati risultino errati.

ART. 5 - Rischio di morte

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

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- a. dolo del Contraente o dei Beneficiari designati;
- b. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che la stessa non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, alle Condizioni stabilite dal competente Ministero;
- d. 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;

- e. suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dall'eventuale riattivazione dell'Assicurazione.

In questi casi si determina la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti dalla Società.

ART. 6 - Pagamento del premio

Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite, contro quietanze emesse dalla Direzione Generale, presso la sede dell'Intermediario cui è assegnata la Polizza, o tramite altra modalità di pagamento concordata con la Società. A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio. E' ammessa una dilazione di trenta giorni senza oneri di interessi.

ART. 7 - Riattivazione

Trascorsi trenta giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, negli ulteriori cinque mesi il Contraente ha diritto di riattivare l'Assicurazione, pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali. La riattivazione può pure avvenire entro un ulteriore termine massimo di due anni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, ma solo previa espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

In ogni caso di riattivazione, l'Assicurazione, che nell'intervallo rimane sospesa nei suoi effetti, entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore dal momento in cui è stato pagato l'importo dei premi arretrati e degli interessi ed il Contraente ha ricevuto l'appendice di riattivazione emessa dalla Società.

ART. 8 - Risoluzione

Trascorso il termine di cui al precedente articolo, si determina la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti alla Società.

ART. 9 - Cessione - Pegno - Vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno, o comunque vincolare la somma assicurata. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di Polizza o su appendice.

ART. 10 - Beneficiario

Il Contraente designa il Beneficiario e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- a. dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;



- b. dopo la morte del Contraente;
- c. dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Società o contenute in un valido testamento.

ART. 11 - Pagamento delle prestazioni

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. È comunque necessario un documento di riconoscimento valido dell'Assicurato, che può essere consegnato sin dal momento della stipulazione del contratto, e che, in difetto, verrà richiesto con lettera raccomandata dalla Società all'Assicurato subito dopo la stipulazione.

Per i pagamenti debbono inoltre essere consegnati:

- a. originale di Polizza ed eventuali Appendici;
- b. certificato di morte;
- c. relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- d. atto notorio ove si dichiara se il defunto ha lasciato o meno testamento (e quali sono gli eredi legittimi); in presenza di testamento, copia autentica dello stesso pubblicato a termini di legge;
- e. dati anagrafici/fiscali dei Beneficiari;
- f. decreto del Giudice Tutelare, nel caso di Beneficiario minorenni;
- g. ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Società.

Verificatasi la risoluzione del contratto per sinistro la Società esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta mediante assegno bancario o bonifico o altra modalità di pagamento concordata con la Società. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso a favore dei Beneficiari.

Ogni pagamento viene effettuato presso la Sede o il competente Intermediario della Società.

ART. 12 - Tasse ed imposte

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

ART. 13 - Foro competente

Per le controversie relative al presente Contratto è competente il Foro di residenza o di domicilio del Consumatore.

Condizioni speciali per l'Assicurazione Temporanea in caso di morte a capitale decescente ed a premio annuo costante - Tariffa n. 20 - Garanzia Base A

ART. 1 - Prestazioni garantite

In caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento immediato del Capitale Assicurato che decresce annualmente di $1/n$ (con n numero degli anni di durata contrattuale), per ogni anno interamente trascorso dalla decorrenza del contratto al decesso dell'Assicurato.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della Polizza nessun importo sarà dovuto dalla Società, la Polizza stessa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisti dalla Società

ART. 2 - Premio annuo - Interruzione del pagamento dei premi

Il premio annuo pattuito è costante per tutta la durata contrattuale ed è dovuto non oltre l'anno di decesso dell'Assicurato.

Qualora il Contraente interrompa il pagamento dei premi nel corso della durata contrattuale la Polizza verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi annui corrisposti, con eventuali frazioni, ed i premi versati resteranno acquisiti dalla Società, senza diritto a capitale ridotto od a valore di riscatto.

ART. 3 - Riattivazione

Nel caso di sospensione del pagamento dei premi la Polizza potrà essere riattivata per un capitale pari all'ultimo valore assicurato ed in base a quanto previsto dall'ART. 7 – Riattivazione delle Condizioni Generali di Assicurazione.



Condizioni speciali di carenza per assicurazioni senza visita medica

ART. 1 – Carenza per assicurazioni senza visita medica

Sei il contratto viene assunto senza visita medica, a parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazioni, rimane convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dal perfezionamento della Polizza e la Polizza stessa sia in regola con il pagamento dei premi, la Società corrisponderà – in luogo del Capitale Assicurato – una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di spese accessorie ed imposte.

Qualora la Polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti – espressamente richiamati nel testo della Polizza stessa – l'applicazione della suddetta limitazione avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle rispettive date di perfezionamento delle assicurazioni sostituite.

Limitatamente al caso dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altre patologie ad essa collegate, il suddetto periodo di carenza viene esteso a cinque anni.

ART. 2 – Valutazione del rischio – Assenza del test HIV

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

Pertanto la Società può richiedere tutti gli esami clinici e medici necessari per l'accertamento dello stato di salute dell'Assicurato. Qualora la Società abbia richiesto di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e l'Assicurato non aderisca a tale richiesta, rimane convenuto che nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga nei primi sette anni e sia dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il Capitale Assicurato non sarà pagato.

ART. 3 – Deroga alla carenza per assicurazioni senza visita medica

La Società non applicherà la carenza di cui all'ART. 1 che precede, liquidando l'intero Capitale Assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a. di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b. di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della Polizza;
- c. di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della Polizza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto dall'ART. 4 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato delle Condizioni Generali di Assicurazione) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

ART. 2 – Limite di capitale assicurato

Resta inteso che senza visita medica ed alle Condizioni di carenza qui riportate, la Società non consente di assicurare sulla vita di una stessa persona, con uno o più contratti, una somma superiore a Lire 150.000.000.

Rimane pertanto inteso che alla stipulazione di ciascuno di tali contratti, il capitale complessivo assicurato non può superare il limite sopra indicato. Il contratto emesso in eccedenza verrà annullato ed il relativo premio rimborsato.



Condizioni speciali per l'Assicurazione complementare esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità - Garanzia complementare B

(operante solo se espressamente richiamata sulla Dichiarazione di Adesione – Proposta di Assicurazione sulla Vita)

ART. 1 – Prestazioni garantite

Se l'Assicurato, durante il periodo contrattuale, ma non oltre il compimento del 65° anno di età, diviene invalido in modo totale e permanente, secondo quanto in appresso previsto, la Società esonera il Contraente dal pagamento dei premi, relativi alla Polizza cui la presente Assicurazione Complementare si riferisce, scadenti successivamente alla data di denuncia dello stato di invalidità.

Per età superiori a 65 anni non è dovuto alcun premio da parte del Contraente.

ART. 2 - Invalidità totale e permanente

Ai sensi e per gli effetti della presente Assicurazione Complementare si intende colpito da invalidità totale e permanente colui che, per sopravvenutagli malattia organica o lesione fisica qualsiasi, purché l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo presumibilmente permanente e totale la capacità all'esercizio della professione o mestiere dichiarati alla Società ed abbia perduto altresì la capacità ad ogni lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.

ART. 3 - Esclusioni

La garanzia di cui alla presente Assicurazione Complementare non è operativa per i casi di invalidità conseguenti:

- a tentato suicidio;

- ad infortunio aereo, comunque verificatosi, sia in volo che a terra, dipendente da attività professionale aeronautica, militare o civile dell'Assicurato;
- a cause di guerra.

ART. 4 - Denuncia dell'invalidità e obblighi relativi

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente è tenuto a farne denuncia alla Direzione della Società, a mezzo di lettera raccomandata, accludendo un particolareggiato certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che ha prodotto l'invalidità.

A richiesta della Società il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente Assicurazione Complementare hanno l'obbligo:

- di rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Società per l'accertamento dello stato di invalidità;
- di fornire tutte le prove che la Società riterrà opportuno per determinare le cause e le conseguenze della malattia o della lesione che hanno prodotto l'invalidità;
- di consentire alla Società tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie.

ART. 5 - Prova

L'invalidità permanente e totale, quando riconosciuta, produce i suoi effetti dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui al precedente articolo.

In caso di riconosciuta invalidità dell'Assicurato, questi ed il Contraente, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente Assicurazione Complementare, hanno l'obbligo:

- di ragguagliare la Società circa il cambio del luogo di residenza dell'Assicurato;
- di fornire ogni notizia richiesta per accertare il permanere dell'invalidità e di comunicare in ogni caso l'intervenuta cessazione o le mutate condizioni dell'invalidità stessa;
- di consentire che la Società accerti, con medici di sua fiducia, a sue spese, e non più di una volta all'anno, la persistenza dell'invalidità.



ART. 6 - Controversia e Collegio Arbitrale

La Società comunica entro il termine massimo di 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui all'ART. 4 se intende riconoscere o meno l'invalidità denunciata.

Qualora l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, oppure quando ne venga da questa accertata la cessazione, il Contraente, purché la polizza sia regolarmente in vigore, ha facoltà di chiedere, con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione della Società, entro il termine perentorio di 30 giorni dalla comunicazione avutane, la constatazione dello stato d'invalidità dell'Assicurato a mezzo di un Collegio Arbitrale composto di tre medici i quali giudicheranno in merito inappellabilmente e senza formalità di procedura.

Dei tre medici anzidetti uno è nominato dalla Società, il secondo dal Contraente ed il terzo dai primi due così nominati.

In caso di disaccordo la nomina del terzo arbitro verrà demandata al Presidente del Tribunale di Milano.

Ogni parte sopporta le spese del proprio medico e la metà di quelle del terzo arbitro.

ART. 7 - Criteri di operatività della garanzia

Finché lo stato d'invalidità non sia stato definitivamente accertato, il Contraente deve continuare il pagamento dei premi, altrimenti verranno applicate le disposizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione relative al mancato pagamento dei premi.

Accertata l'invalidità, o la persistenza di essa, verrà invece restituito l'importo dei premi pagati, scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità.

Qualora venga accertata la cessazione dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, la Società notifica, con lettera raccomandata, sia al Contraente che all'Assicurato, la revoca dell'esenzione dal pagamento dei premi, dalla data di cessazione dell'invalidità. In questo caso il Contraente, anche se ricorre alla decisione del Collegio Arbitrale previsto dall'ART. 6, è nuovamente tenuto al pagamento dei premi, altrimenti ridiventano applicabili le disposizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione relative al mancato pagamento dei premi.

ART. 8 - Estinzione della garanzia

In caso di annullamento o liberazione della Polizza la presente Assicurazione Complementare si estingue ed i sovrappremi pagati restano acquisiti alla Società.

Condizioni particolari

ART. 1 - Versamento dei premi

Qualora il Contraente scelga di corrispondere i premi successivi in rate diverse da quelle inizialmente pattuite, l'operazione di cambio di rateazione desiderata potrà avvenire solo alle ricorrenze annuali della data di decorrenza del contratto di Assicurazione.

ART. 2 - Informativa periodica

Entro il mese di febbraio di ciascun esercizio verrà inviata al Contraente apposita dichiarazione da allegare alla denuncia dei redditi ai fini della detrazione di imposta.





B.P.B. ASSICURAZIONI VITA S.p.A. - Sede e direzione generale: 20149 MILANO - Piazzale Fratelli Zavattari, 12 - Tel. 02 49980.1 ric. aut. Fax 02 49980498 - Capitale Sociale Lit. 30.000.000.000 interamente versato - Tribunale di Milano 273702 / 7056 / 2 C.C.I.A.A. Milano 1254313 - Cod. Fisc. e Part. IVA 08869370158 - Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sulla vita e delle operazioni di capitalizzazione con decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27-12-1988 (Gazzetta Ufficiale del 4-1-1989 n. 3)