



GENERALI
Assicurazioni Generali



LUNGAVITA **DREAD DISEASE**



**Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte
e malattia grave a premio annuo e capitale costante**



Il presente Fascicolo informativo, contenente

- Nota informativa
- Condizioni di assicurazione
- Glossario
- Modulo di proposta

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Data ultimo aggiornamento: 03/09/2012

NOTA INFORMATIVA

LUNGAVITA **DREAD DISEASE**



**Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte
e malattia grave a premio annuo e capitale costante**



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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1.

Informazioni generali

ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A è società capogruppo del Gruppo Generali.

- La sede legale è in Piazza Duca degli Abruzzi, 2 - 34132 Trieste (TS) - ITALIA.
- La Direzione per l'Italia è in Via Marocchese, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA.
- Recapito telefonico: 041.5492111; sito internet: www.generali.it; indirizzo di posta elettronica: info@generali.it.
- L'impresa di assicurazione è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazione a norma dell'art. 65 del R.D.L. 29 aprile 1923, n. 966, ed è iscritta al numero 1.00003 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione.

Si rinvia al sito internet dell'impresa per la consultazione di eventuali aggiornamenti al presente Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

2.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Patrimonio netto: 14.259,508 milioni di euro di cui 1.556,873 relativi al capitale sociale e 12.702,635 al totale delle riserve patrimoniali.

Indice di solvibilità relativo alla gestione vita: 514,5%.

Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3.

Prestazioni assicurative e garanzie offerte

LUNGAVITA DREAD DISEASE ha una durata che può essere scelta dal Contraente al momento della sottoscrizione: essa può essere fissata da un minimo di un anno ad un massimo di dieci anni.

Il contratto, a fronte del versamento di un piano di premi annui costanti, prevede le seguenti tipologie di prestazioni principali:

- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale;
- in caso di invalidità permanente da malattia dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

Il Contraente ha anche la facoltà di integrare l'assicurazione principale con un'assicurazione complementare che aumenta la prestazione liquidabile in caso di morte dell'Assicurato a seguito di infortunio, previa corresponsione dei relativi premi annui.

Si rinvia agli articoli 1, 2 e 16 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

Avvertenza: sulla copertura principale è presente un periodo di carenza (sospensione della copertura del rischio assicurato); si rinvia all'art. 3 delle Condizioni di assicurazione per i dettagli.

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In particolare si richiama l'attenzione sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute in Proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.

4.

Premi

Il premio è determinato in relazione alle prestazioni, alla loro durata ed ammontare, all'età e sesso dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali svolte e alle abitudini di vita (sport, mezzi di trasporto utilizzati,...).

LUNGAVITA DREAD DISEASE prevede:

- per l'assicurazione principale la corresponsione di una successione di premi annui costanti per tutta la durata del contratto e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato o la data della denuncia dell'insorgenza di malattia grave nel caso questa sia riconosciuta.
- per l'assicurazione complementare la corresponsione di premi annui di importo costante, alle stesse scadenze previste per i premi dell'assicurazione principale.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- tramite bancomat, dove disponibile;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società;
- con assegno intestato o girato alla Società con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (RID);
- per mezzo di pagamento effettuato in pari data con liquidazione di polizza/e emessa/e dalla Società;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Il versamento del premio può essere effettuato presso l'Agenzia cui è assegnato il contratto, oppure presso la Direzione per l'Italia della Società in Mogliano Veneto - Treviso.

Il Contraente può versare il premio annuo in più rate in funzione delle proprie esigenze. In tal caso il premio annuo viene maggiorato degli interessi di rateizzazione (addizionale di frazionamento) indicati nel punto 5.1.1.

C. INFORMAZIONI SU COSTI E REGIME FISCALE

5.

Costi

5.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1. Costi gravanti sul premio

Diritti	
di emissione	10,33 euro
di quietanza	0,77 euro

I diritti di quietanza sono applicati alle eventuali rate di premio successive a quella di perfezionamento.

Caricamenti	
Cifra fissa	36,00 euro per ogni annualità di premio
Costi percentuali	12,0%

I costi percentuali sono applicati al premio al netto dei diritti di emissione o quietanza e della cifra fissa.

Caricamenti gravanti sul premio relativo alla copertura complementare	
Costi percentuali	12,0%

Addizionali di frazionamento	
Semestrale	2,0%
Quadrimestrale	2,5%
Trimestrale	3,0%
Bimestrale	3,5%
Mensile	4,5%

Avvertenza: qualora sia richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica, il relativo costo – pari alla tariffa applicata dal medico, o dalla struttura, cui si è rivolto l'assicurato stesso – è a carico del Contraente.

Quota parte percepita dall'intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale del prodotto: 32,09%.

6.

Regime fiscale

È riportato di seguito il trattamento fiscale applicato al contratto, che dipende dalla situazione individuale di ciascun contraente (o beneficiario, qualora diverso) e che può essere soggetto a modifiche future.

Imposta sui premi relativi alle assicurazioni complementari infortuni

I premi corrisposti per le assicurazioni complementari infortuni sono soggetti ad una imposta del 2,5%.

Detrazione fiscale dei premi

Il premio corrisposto, per un importo massimo di 1.291,14 euro, dà diritto ad una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente nella misura del 19%. Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, se diverso dal Contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.

Tassazione delle prestazioni assicurate

Le somme dovute dalla Società in dipendenza dell'assicurazione sulla vita qui descritta corrisposte in caso di decesso o invalidità da malattia dell'Assicurato sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

7.	
Modalità di perfezionamento del contratto	Si rinvia all'articolo 7 delle Condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.
8.	
Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi	Il Contraente può risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi. Avvertenza: <u>l'interruzione del pagamento dei premi produce effetti negativi in capo al Contraente.</u> Si rinvia all'articolo 11 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
9.	
Riscatto e riduzione	<u>Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.</u> In caso di interruzione del pagamento dei premi, è possibile riattivare il contratto: si rinvia all'articolo 12 delle Condizioni di assicurazione per modalità, termini e condizioni economiche.
10.	
Revoca della proposta	Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione inviando all'Agenzia, presso la quale è stata sottoscritta, una lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà; entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Società restituisce al Contraente, per mezzo della medesima Agenzia, gli importi eventualmente già pagati.
11.	
Diritto di recesso	Il Contraente può recedere dal contratto <u>entro trenta giorni</u> dalla sua conclusione. Per il recesso dal contratto deve essere inviata all'Agenzia, presso la quale è stato assegnato, una lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio versato, diminuito delle eventuali imposte e della parte relativa al rischio assunto per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto e delle spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto di cui al punto 5.1.1 della presente Nota informativa, a condizione che siano quantificate nella proposta di assicurazione e in polizza.

12.

Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

Per la liquidazione delle prestazioni assicurate del contratto è necessario fornire alla Società la documentazione indicata all'Articolo 17 delle Condizioni di assicurazione.

La Società esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento presso l'Agenzia cui è assegnato il contratto della documentazione completa.

Si evidenzia che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui ciascun diritto si fonda (art. 2952 del codice civile); decorso inutilmente tale termine le somme maturate saranno devolute all'apposito fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi di quanto previsto dalla legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.

13.

Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

14.

Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso collegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

Le Parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa lingua per la redazione del contratto.

15.

Reclami

Eventuali reclami nei confronti dell'impresa aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Assicurazioni Generali S.p.A. - Funzione Customer Service
Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA
Fax Verde: 800.961987
e-mail: assistenza_clienti@generali.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP – Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, oppure trasmesso ai fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353.

I reclami indirizzati all'ISVAP 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 descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index.en.htm).

In relazione alle controversie inerenti il presente contratto, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del procedimento di mediazione nei casi in cui costituisca condizione di procedibilità della domanda giurisdizionale ai sensi della vigente normativa.

Eventuali istanze di mediazione nei confronti della Società aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrate per iscritto a:

GBS SpA, Area Liquidazione, Ufficio Atti Giudiziari

Via Castelfidardo 43/45 - 00198 Roma

Fax 06.44.494.313

e-mail: AttiGiudiziariGBSAreaLiquidazione@GeneraliGroup.com

16.

Arbitrato

In caso di controversia tra le parti sulla liquidabilità della prestazione è possibile ricorrere ad un collegio medico arbitrale.

Avvertenza: in ogni caso resta salva la facoltà di rivolgersi in alternativa all'Autorità giudiziaria.

17.

Comunicazioni del contraente alla Società

Il Contraente non è tenuto a fornire alcuna comunicazione in caso di modifiche di professione dell'Assicurato che aggravino il rischio assunto dalla Società eventualmente intervenute in corso di contratto ai sensi dell'art. 1926 del codice civile.

18.

Conflitto d'interessi

La Società si impegna a:

- evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Società stessa ha direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di gruppo o rapporti di affari propri o di altre società del Gruppo;
- garantire che comunque, nei casi in cui il conflitto non può essere evitato, gli interessi dei contraenti non subiscano alcun pregiudizio.

In particolare sono state definite quali fattispecie di potenziale conflitto di interessi tutte le situazioni che implicano rapporti con altre società del Gruppo Generali o con cui il Gruppo medesimo intrattiene rapporti di affari rilevanti.

In ogni caso la Società opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei contraenti e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Assicurazioni Generali S.p.A.
I rappresentanti legali

Dott. Mario Greco

Dott. Manlio Lostuzzi

Handwritten signature of Mario Greco in black ink.Handwritten signature of Manlio Lostuzzi in black ink.

Data ultimo aggiornamento: 03/09/2012

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

LUNGAVITA **DREAD DISEASE**



**Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte
e malattia grave a premio annuo e capitale costante**



PARTE I – PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE PRINCIPALE

Art. 1

Prestazioni

LUNGAVITA DREAD DISEASE, a seguito del versamento di un piano prestabilito di premi annui di importo costante, prevede la liquidazione del “capitale assicurato”:

- al Beneficiario in caso di morte dell'Assicurato, entro la scadenza contrattuale, oppure
- all'Assicurato stesso a seguito dell'insorgenza, entro la scadenza contrattuale, di una delle malattie gravi descritte al successivo Art. 2, che abbia comportato un'invalidità permanente all'Assicurato superiore al 5%.

Il capitale rimane costante per tutta la durata dell'assicurazione.

Dopo la liquidazione del “capitale assicurato”, la polizza si estingue e nessuna ulteriore prestazione è prevista alla diagnosi di una seconda malattia grave o in caso di morte successiva.

Se alla scadenza l'Assicurato è in vita il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti alla Società a fronte dell'assicurazione prestata.

La scadenza del contratto e il “capitale assicurato” sono indicati in polizza.

Art. 2

Malattie gravi

Di seguito sono descritte le malattie gravi di cui all'Art. 1:

2.1 Cancro

Presenza di tumore maligno, caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale.

La diagnosi di cancro deve essere fatta da un patologo e l'evidenza di malignità deve essere supportata dall'esame istologico.

Sono esclusi i seguenti tumori:

- tumori che presentano le caratteristiche del carcinoma in situ (inclusa la displasia della cervice uterina CIN-I, CIN-2 e CIN-3) o che sono istologicamente descritti come premaligni;
- tutti i tumori della pelle, incluse le ipercheratosi, i carcinomi basocellulari, i carcinomi a cellule squamose ed i melanomi con massimo spessore inferiore a 1.5 mm, determinato dall'esame istologico usando il metodo di Breslow, a meno che ci sia evidenza di metastasi;
- qualsiasi cancro in presenza di HIV, HPV e HHV;
- tumori che non minacciano la vita, come i tumori al seno nella donna di stadio I nel sistema di classificazione TNM, i tumori della prostata descritti istologicamente nella classificazione TNM come T1(a) o T1(b) ma non T1(c) o di stadio equivalente o inferiore in un'altra classificazione, i micro-carcinomi papillari della tiroide o della vescica di stadio inferiore al T2NOMO, la leucemia linfocitica cronica di stadio inferiore al RAI 1, il morbo di Hodgkin allo stadio 1.

2.2 Chirurgia dell'aorta

Intervento chirurgico per malattia dell'aorta per via toracotomica o laparotomia che comporti ricostruzione o escissione dell'aorta malata e la sua sostituzione con una protesi. In questa definizione, per aorta si intende l'aorta toracica e quella addominale ma non i suoi rami. Le lesioni traumatiche dell'aorta e gli interventi chirurgici eseguiti usando solo tecniche endovascolari sono specificatamente esclusi.

2.3 Chirurgia delle valvole cardiache

Intervento chirurgico a cuore aperto per sostituire o riparare una o più valvole cardiache in conseguenza a disfunzione o anomalità delle valvole cardiache. Tutti gli interventi non a cuore aperto e la sostituzione di protesi valvolari sono specificatamente esclusi.

2.4 Chirurgia di by-pass aorto-coronarico

Intervento chirurgico a cielo aperto di by-pass aorto-coronarico per correggere o trattare una malattia coronarica, ma escludendo l'angioplastica, l'impianto di stent o qualsiasi altra procedura percutanea o non chirurgica.

2.5 Ictus

Esordio acuto di deficit neurologico focale dovuto ad un accidente cerebrovascolare che includa un infarto del tessuto cerebrale, una emorragia da un vaso intracranico o una embolizzazione da una sorgente extracranica e che sia associato a tutti i seguenti esiti:

- durata dei sintomi/segni superiore a 24 ore;
- perdita permanente della funzione motoria e sensitiva, o perdita della parola;
- danno neurologico permanente.

Uno specialista neurologo deve confermare l'evidenza del danno neurologico permanente dopo un periodo di almeno 180 giorni dalla data dell'evento. I sinistri devono essere confermati da tecniche di imaging come la TAC o la RMN.

Sono escluse le seguenti situazioni:

- attacchi ischemici transitori;
- gli accidenti che portino a cambiamenti nella memoria o nella personalità;
- sintomi cerebrali dovuti a emicrania;
- lesioni cerebrali secondarie ad un trauma o ad ipossia;
- una malattia vascolare ischemica che interessa l'occhio od il nervo ottico od il sistema vestibolare.

2.6 Infarto

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un insufficiente apporto di sangue alla regione interessata. La diagnosi sarà supportata se almeno tre dei seguenti quattro criteri sono presenti:

- storia di dolore toracico tipico
- comparsa di nuove alterazioni elettrocardiografiche diagnostiche (ECG) per necrosi miocardica
- aumento significativo di almeno uno dei markers di danno cardiaco (CK-MB, troponina)
- presenza di disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione < 50%) valutata a distanza di almeno tre mesi dall'evento.

Se l'unico dei markers aumentati è la troponina, viene richiesta anche la presenza di disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione < 50%) valutata a distanza di almeno tre mesi dall'evento.

2.7 Insufficienza renale

Insufficienza renale terminale che si presenta come un'insufficienza cronica irreversibile di entrambi i reni, in conseguenza della quale viene istituita la dialisi cronica regolare.

2.8 Trapianto degli organi principali

L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto tra esseri umani o l'inclusione in una lista di attesa ufficiale per un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, piccolo intestino (duodeno, digiuno, ileo), polmone, midollo osseo, subordinato al parere di un chirurgo consulente che il trapianto è il modo più appropriato per trattare una patologia che minaccia la vita dell'assicurato. Il trapianto di qualsiasi altro organo, di parti di organo o di qualsiasi altro tessuto o cellule è escluso.

A completamento di quanto sopra si precisano le seguenti definizioni:

Deficit neurologico permanente

Deficit neurologico permanente significa che, dopo 180 giorni dalla prima diagnosi di una malattia grave, il paziente presenta almeno una delle seguenti condizioni irreversibili confermate da un consulente neurologo:

- perdita d'uso completa e permanente di due o più arti
- inabilità permanente a svolgere senza assistenza almeno tre delle “attività della vita quotidiana (ADL)”
- disturbo organico o funzionale della masticazione e deglutizione che rende l'assicurato incapace di mangiare cibi solidi, escludendo cause di natura dentaria.

Attività della vita quotidiana (ADL)

Si considerano come tali:

- lavarsi nel bagno o nella doccia e mantenere una adeguata pulizia personale;
- vestirsi e svestirsi completamente, incluso mettersi e togliersi protesi chirurgiche necessarie dal punto di vista medico;
- andare alla toilette, espletare le proprie necessità fisiologiche e mantenere adeguati livelli di igiene personale;
- controllare volontariamente le funzioni intestinali e urinarie;
- sedersi ed alzarsi dalla sedia e sdraiarsi ed alzarsi dal letto autonomamente, bere o mangiare cibi già preparati.

Art. 3

Rischio di morte e rischio di malattie gravi

L'assicurazione è operante in caso di morte o malattia grave dell'Assicurato, qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, salvo le esclusioni e le limitazioni di cui ai successivi punti 3.1 e 3.2.

L'assicurazione non è operante in caso di malattia grave insorta in precedenza della stipula del contratto.

3.1 Esclusioni

E' esclusa dall'assicurazione la morte o l'insorgenza di una malattia grave causata direttamente o indirettamente da:

- a. attività dolosa del Contraente o del Beneficiario;
- b. partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- d. eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e. guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;

- f. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la morte causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- g. suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;
- h. attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente.

In questi casi, ad eccezione di quello indicato alla lettera a., per il quale non è prevista alcuna prestazione, la Società corrisponde una prestazione pari alla somma dei versamenti di premio effettuati al netto dei diritti, in luogo di quella prevista all' Art.1.

Inoltre la presente copertura non garantisce i casi di insorgenza di una malattia grave in seguito a:

- a. anomalie congenite, esiti di infortuni o malattie che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipula del contratto;
- b. danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, volontario rifiuto di seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
- c. abuso di alcool, droghe o altre sostanze tossiche;
- d. sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie gravi ad essa correlate.

In questi casi la Società corrisponde una prestazione pari alla somma dei versamenti di premio effettuati al netto dei diritti, in luogo di quella prevista all' Art. 1.

3.2 Limitazioni: periodo di carenza

L'immediata copertura assicurativa è subordinata alla condizione che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società, accettandone modalità ed oneri.

Nel caso in cui l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, la copertura assicurativa rimane sospesa per un periodo -detto periodo di carenza- della durata di sette anni a partire dalla data di entrata in vigore del contratto durante il quale, qualora la morte sia dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la Società pagherà soltanto una prestazione pari alla somma dei versamenti di premio effettuati al netto dei diritti, in luogo di quella prevista all' Art. 1.

Art. 4

Denuncia, accertamento e riconoscimento dell'invalidità in seguito a malattia grave

Verificatasi l'insorgenza della malattia grave dell'Assicurato, l'Assicurato stesso o altra persona che lo rappresenti deve chiederne per iscritto il riconoscimento alla Società, attraverso l'Agenzia cui è assegnato il contratto, allegando alla richiesta un rapporto particolareggiato del medico curante (o del medico specialista) sulla malattia o un suo aggravamento rispetto a precedenti richieste non riconosciute dalla Società redatto sull'apposito modello fornito dalla Società. Ai fini dell'accertamento, l'Assicurato deve consentire alla Società tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

La richiesta di liquidazione deve pervenire alla Società entro tre mesi dalla data della diagnosi. Trascorso questo termine, la Società si riserva il diritto di non liquidare il capitale assicurato in caso di malattia grave.

Dalla data di ricevimento di tale documentazione - data di denuncia - decorre il periodo di accertamento da parte della Società che, in ogni caso, non può superare un mese.

Ultimati i controlli medici la Società comunica per iscritto al Contraente, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno lo stato di invalidità a seguito di malattia grave.

A partire dalla data di denuncia, i pagamenti delle rate di premio dovute sono sospesi. In caso di mancato riconoscimento è riattivato il piano dei versamenti e il Contraente, informato tramite apposita comunicazione della Società, corrisponde le eventuali rate di premio sospese senza interessi.

4.1 Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla liquidabilità della prestazione, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 5

Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte e di reticenze relative a circostanze per le quali la Società non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del contratto, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Società stessa

- a. quando esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
 - di contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - di rifiutare, in caso di morte dell'Assicurato e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;
- b. quando non esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
 - di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - di ridurre, in caso di morte dell'Assicurato e in ogni tempo, le prestazioni in relazione al maggior rischio.

L'inesatta indicazione dell'età e del sesso dell'Assicurato comporta la rettifica dei premi o delle prestazioni.

Art. 6

Beneficiario

Il Contraente designa il Beneficiario e può in qualsiasi momento modificare tale designazione comunicandola per iscritto alla Società o per testamento.

La designazione del Beneficiario non può essere modificata nei seguenti casi:

- 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;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi uno degli eventi previsti all'Art.1, il Beneficiario, ovvero l'Assicurato in caso di insorgenza di una delle malattie gravi previste, abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi qualsiasi variazione al contratto che abbia riflesso sui diritti del Beneficiario richiede l'assenso scritto di quest'ultimo.

Diritto proprio del Beneficiario

Il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione (art. 1920 del codice civile). In particolare, le somme corrispostegli a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

PARTE II – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Art. 7

Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si considera concluso nel momento in cui:

- la Società abbia rilasciato al Contraente la polizza o
- il Contraente abbia ricevuto per iscritto comunicazione di assenso della Società.

Il contratto entra in vigore a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio:

- alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso; ovvero
- alle ore 24 del giorno di decorrenza, indicata in polizza, qualora questo sia successivo a quello di conclusione.

Se il versamento della prima rata di premio viene effettuato dopo tali date il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento, ferme restando le date di scadenza delle rate di premio indicate in polizza.

Art. 8

Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data in cui il contratto è concluso. La comunicazione di recesso deve essere inviata all'Agenzia cui è assegnato il contratto con lettera raccomandata.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto dalla data di ricevimento presso l'Agenzia della suddetta lettera raccomandata.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio effettuato diminuito di eventuali imposte, della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

La Società ha inoltre diritto al recupero delle spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, indicate nella proposta di assicurazione e in polizza.

Art. 9

Durata del contratto

Per durata del contratto si intende l'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto scelta dal Contraente.

PARTE III – PREMIO

Art. 10

Versamento dei premi

LUNGAVITA DREAD DISEASE prevede il versamento di una successione di premi annui di importo costante, il primo dei quali alla conclusione del contratto e i successivi in ciascuna ricorrenza annuale del contratto che precede la scadenza del contratto, la morte dell'Assicurato o fino alla data della denuncia dell'insorgenza di malattia grave in caso di suo riconoscimento, qualora queste ultime avvengano prima della scadenza stessa.

I premi annui possono essere corrisposti nella rateazione prescelta dal Contraente; in tal caso ciascun premio annuo viene maggiorato degli interessi di rateizzazione (addizionale di frazionamento). Rateazione ed addizionale di frazionamento sono indicati in polizza.

Il primo premio annuo, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

Il versamento del premio può essere effettuato presso l'Agenzia cui è assegnato il contratto, oppure presso la Direzione per l'Italia della Società in Mogliano Veneto - Treviso.

Il versamento può avvenire con le seguenti modalità:

- tramite bancomat, dove disponibile;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società;
- con assegno intestato o girato alla Società con clausola di intransferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (RID);
- per mezzo di pagamento effettuato in pari data con liquidazione di polizza/e emessa/e dalla Società;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale, la data di versamento del premio coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, di assegno, di bonifico bancario o per i pagamenti a mezzo RID, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

In tutti i casi viene rilasciata quietanza dell'avvenuto pagamento.

Art. 11

Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi trenta giorni dalla data stabilita per il suo versamento, la risoluzione del contratto ed i premi pagati restano acquisiti alla Società a fronte dell'assicurazione prestata.

A giustificazione del mancato pagamento del premio il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Art. 12

Ripresa del piano di versamento dei premi: riattivazione

In caso di interruzione del versamento dei premi, il contratto può essere riattivato entro un anno dalla data stabilita per il versamento della rata di premio non corrisposta.

La riattivazione può avvenire solo su espressa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere tenendo conto del loro esito, e previa corresponsione di tutti i premi arretrati, aumentati degli interessi per il periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione. Il tasso di interesse impiegato è il maggiore tra il tasso legale di interesse in vigore al momento della riattivazione ed il tasso di interesse tecnico impiegato nel calcolo della prestazione.

La riattivazione del contratto ripristina – con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'ammontare dovuto – i valori contrattuali delle prestazioni come se non si fosse verificata l'interruzione del piano di versamento dei premi.

PARTE IV – VICENDE CONTRATTUALI

Art. 13

Cessione, pegno, vincolo

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

Tali atti diventano efficaci nei confronti della Società solo quando la stessa ne abbia fatto annotazione sulla polizza o su apposita appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle suddette garanzie richiede l'assenso scritto del pignoratario o vincolatario.

Art. 14

Imposte e tasse

Imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente, del Beneficiario o degli aventi diritto.

Art. 15

Foro competente

Per le controversie relative al contratto il Foro competente è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, o del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

PARTE V – ALTRE PRESTAZIONI

Art. 16

Assicurazione complementare infortuni per il caso morte

La prestazione dell'assicurazione principale può essere integrata al momento della sottoscrizione del contratto, su richiesta del Contraente, dall'Assicurazione complementare infortuni per il caso di morte a capitale e premio annuo costanti.

La garanzia complementare è operante solo se espressamente indicata in polizza.

A questa assicurazione si applicano le disposizioni previste dalle Condizioni di assicurazione relative a questo contratto, in quanto compatibili ed in quanto non derogate dalle norme di seguito indicate.

Prestazioni

Nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga in conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni obiettivamente constatabili, da lui subite per cause accidentali esterne, la Società, oltre alla prestazione prevista dall'assicurazione principale, liquida al Beneficiario il "capitale complementare infortuni", indicato in polizza, costante per tutta la durata del contratto.

Il "capitale complementare infortuni" è raddoppiato se la morte dell'Assicurato avviene per infortunio conseguente ad incidente stradale.

Limiti di operatività

Fermo restando che la morte deve essere conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni di cui al paragrafo "Prestazioni" di questo articolo, resta stabilito che l'assicurazione complementare infortuni non è operante nei casi di morte:

- conseguente all'influenza che queste lesioni possono aver avuto su condizioni fisiche o patologiche dell'Assicurato preesistenti o sopravvenute come pure all'influenza che dette lesioni possono aver esercitato sull'evoluzione delle condizioni stesse;
- verificatasi dopo un anno dal giorno delle lesioni stesse.

Esclusioni

E' esclusa dall'assicurazione la morte dovuta a lesioni derivanti:

- dalla partecipazione attiva a corse e gare in genere ed alle relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di corse podistiche, di gare bocciofile, di pesca, di tiro, di scherma e di tennis;
- dalla contaminazione nucleare o chimica, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure alle radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

E' pure esclusa la morte:

- per lesioni sofferte in conseguenza di proprie azioni delittuose, in stato di ubriachezza e per quelle derivanti da intossicazioni determinate da abuso di psicofarmaci e da uso di sostanze stupefacenti o di allucinogeni o che, comunque, siano conseguenza di condizioni fisiche anormali;
- per malaria, per avvelenamenti, per infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva lesioni come sopra specificate, come pure per le conseguenze delle operazioni chirurgiche e di trattamenti non resi necessari dalle lesioni stesse.

Piano di versamento dei premi

Per avere diritto a questa prestazione il Contraente deve versare i relativi premi annui di importo costante e indicato in polizza, che devono essere corrisposti insieme e con le stesse modalità previste per l'assicurazione principale.

Questa assicurazione complementare infortuni si risolve, non producendo qualsiasi valore ed effetto, e i relativi premi corrisposti restano acquisiti alla Società:

- in caso di sospensione del versamento dei relativi premi;
- in caso di sospensione del versamento dei premi relativi all'assicurazione principale;
- alla scadenza stabilita in polizza;
- al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato.

PARTE VI – PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Art. 17

Modalità di richiesta per i pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società deve essere presentata alla stessa richiesta scritta accompagnata dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Inoltre, qualsiasi richiesta deve essere sempre accompagnata da un documento di identità e relativo codice fiscale dell'avente diritto in aggiunta alla polizza originale comprensiva delle eventuali appendici.

Le informazioni per la corretta redazione della richiesta sono disponibili presso le Agenzie. I documenti necessari per le richieste di liquidazione sono:

In caso di morte dell'Assicurato

- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause della morte redatta su apposito modulo predisposto dalla Società, nonché l'ulteriore documentazione che venisse eventualmente richiesta dalla Società (cartelle cliniche, compresa quella del primo ricovero contenente l'anamnesi personale remota, esami clinici, autopsia ove eseguita, verbale dell'Autorità competente giunta sul luogo ed esito delle indagini disposte dall'autorità giudiziaria);
- atto notorio dal quale risulti se il Contraente, quando è anche Assicurato, ha lasciato o meno testamento ovvero che il testamento pubblicato non è stato impugnato e l'indicazione degli eredi legittimi;
- l'eventuale copia del testamento pubblicato.

In caso di malattia grave dell'Assicurato

- denuncia su apposito modello;
- certificato medico redatto su apposito modulo;
- copia integrale della cartella clinica (comprensiva di esame istologico) relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata la malattia grave.

In caso di invalidità dell'Assicurato l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento è determinato con i criteri e le modalità previste all'Art. 4.

La Società si riserva la facoltà di indicare tempestivamente l'ulteriore documentazione che dovesse occorrere qualora il singolo caso presentasse particolari esigenze istruttorie.

La Società esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento presso l'Agenzia della documentazione completa.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

Ogni pagamento viene effettuato presso l'Agenzia cui è assegnato il contratto o presso la Direzione Generale della Società.

Non pignorabilità e non sequestrabilità

Le somme dovute dalla Società in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili (art. 1923 del codice civile).

Data ultimo aggiornamento: 03/09/2012

GLOSSARIO

LUNGAVITA **DREAD DISEASE**



**Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte
e malattia grave a premio annuo e capitale costante**



Agli effetti del presente fascicolo informativo si intendono per:

Assicurato	La persona fisica sulla cui vita è stipulata l'assicurazione: il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione è determinato in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi che si verificano durante la sua vita.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica a cui sono erogate le prestazioni previste dal contratto di assicurazione.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento dei relativi premi.
Data di decorrenza	La data di riferimento, indicata in polizza, per il calcolo delle prestazioni contrattuali.
ISVAP	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo.
Polizza	Il documento che prova e disciplina il contratto di assicurazione.
Premio	L'importo che il Contraente corrisponde a Generali Vita S.p.A.
Proposta di assicurazione	Il documento con il quale il Contraente chiede a Generali Vita S.p.A. di stipulare un contratto di assicurazione.
Ricorrenza annuale del contratto Società	L'anniversario della data di decorrenza. La compagnia Generali Vita S.p.A., impresa che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate nel punto A) della tabella di cui allegato I del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 174.
Tasso di interesse tecnico	Il rendimento finanziario annuo impiegato nel calcolo iniziale delle prestazioni a fronte del versamento dei premi.
Tasso di riattivazione	Il tasso di interesse impiegato per la riattivazione del contratto, corrispondente al valore maggiore tra il tasso legale di interesse in vigore al momento della riattivazione ed il tasso di interesse tecnico impiegato nel calcolo della prestazione.

Data ultimo aggiornamento: 03/09/2012