



GENERALI
Assicurazioni Generali



LUNGAVITA **LONG TERM CARE**

**Contratto di assicurazione di rendita vitalizia immediata anticipata
a premio annuo rivalutabile, pagabile in caso di perdita
di autosufficienza nel compimento degli atti
della vita quotidiana**



Il presente Fascicolo informativo, contenente

- Nota informativa
- Condizioni di assicurazione, comprensive del Regolamento della Gestione separata
- 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: 31/05/2011

NOTA INFORMATIVA

LUNGAVITA **LONG TERM CARE**



**Contratto di assicurazione di rendita vitalizia immediata anticipata
a premio annuo rivalutabile, pagabile in caso di perdita
di autosufficienza nel compimento degli atti
della vita quotidiana**



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 Marocchessa, 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: 14.259,837 milioni di euro di cui 1.556,873 relativi al capitale sociale e 12.702,964 al totale delle riserve patrimoniali.

Indice di solvibilità relativo alla gestione vita: 570,8%.

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 LONG TERM CARE è a vita intera, pertanto la durata del contratto coincide con la vita dell'Assicurato.

Il contratto prevede, a seguito dei versamenti stabiliti, nel caso di perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, la liquidazione al Beneficiario di una rendita vitalizia.

Si rinvia agli articoli 1 e 2 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione.

Il contratto prevede il riconoscimento anticipato di un rendimento finanziario pari al 2% annuo (tasso di interesse tecnico), impiegato nel calcolo iniziale delle prestazioni.

Avvertenza: sulla copertura è presente un periodo di carenza (sospensione della copertura del rischio assicurato); si rinvia all'art. 2 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 alla prestazione, al suo 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, ...) dichiarate in fase precontrattuale nella proposta e negli allegati alla stessa.

LUNGAVITA LONG TERM CARE prevede la corresponsione di premi annui rivalutabili pagati per tutta la durata del piano di versamento dei premi e comunque non oltre la morte dell'Assicurato o la data della denuncia di perdita di autosufficienza nel caso questa sia riconosciuta.

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 6.1.1.

5.

Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

LUNGAVITA LONG TERM CARE prevede la rivalutazione annuale delle prestazioni principali in funzione del rendimento conseguito dalla Gestione separata GESAV.

Si rinvia all'articolo 15 delle Condizioni di assicurazione relativo alla Clausola di rivalutazione e al Regolamento della Gestione separata che forma parte integrante delle Condizioni di assicurazione.

C. INFORMAZIONI SU COSTI E REGIME FISCALE

6.

Costi

6.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

6.1.1. Costi gravanti sul premio

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

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

| Caricamenti | |
|-------------------|---|
| Cifra fissa | 30,00 euro per ogni annualità di premio |
| Costi percentuali | 15,0% |

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

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

6.2. Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili

| Importo somma premi | Valore trattenuto in punti percentuali assoluti sul rendimento della Gestione separata |
|-------------------------------------|--|
| fino a € 9.999,99 | 1,2 |
| da € 10.000,00 e fino a € 19.999,99 | 1,1 |
| da € 20.000,00 | 1,0 |

| Intervallo di rendimento della Gestione separata | Punti percentuali assoluti di incremento del valore trattenuto |
|--|--|
| pari o superiore al 7% ed inferiore al 8% | 0,1 |
| pari o superiore al 8% ed inferiore al 9% | 0,2 |
| ... | ... |

Per ogni ulteriore uguale intervallo di rendimento di un punto percentuale, il valore trattenuto aumenta di 0,1 punti percentuali assoluti.

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: 7,89%.

7.

Regime fiscale È riportato di seguito il trattamento fiscale applicato al contratto.

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 se corrisposte in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato sono esenti dall'IRPEF.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8.

Modalità di perfezionamento del contratto Si rinvia all'articolo 6 delle Condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

9.

Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi Il Contraente può risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.
Avvertenza: l'interruzione del pagamento dei premi produce effetti negativi in capo al Contraente.
Si rinvia all'articolo 10 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

10.

Riscatto e riduzione

Non è previsto un valore di riscatto.

Si rinvia all'articolo 10 delle Condizioni di assicurazione per le modalità di determinazione dei valori di riduzione.

In caso di interruzione del pagamento dei premi, è possibile riattivare il contratto: si rinvia all'articolo 11 delle Condizioni di assicurazione per modalità, termini e condizioni economiche.

Il Contraente può chiedere informazioni sul valore di riduzione presso l'Agenzia cui è assegnato il contratto.

L'ufficio della Società cui chiedere informazioni circa il predetto valore è:

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

11.

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.

12.

Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni 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 6.1.1 della presente Nota informativa, a condizione che siano quantificate nella proposta di assicurazione e in polizza.

13.

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 16 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.

14.

Legge applicabile al contratto Al contratto si applica la legge italiana.

15.

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.

16.

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

17.

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.

18.

Informativa in corso di contratto

La Società trasmette, entro sessanta giorni dalla data prevista nelle Condizioni di assicurazione per la rivalutazione delle prestazioni assicurate, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa con l'indicazione dei premi versati, del capitale rivalutato e della misura di rivalutazione.

19.

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.

20.

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.

Di seguito sono descritte le principali fattispecie individuate quali fattori di potenziale conflitto di interessi.

a) Gestione degli attivi

La Società ha affidato la gestione delle attività a copertura delle riserve tecniche a Generali Investments Italy S.p.A., società di gestione del risparmio, interamente controllata dalla Capogruppo Assicurazioni Generali S.p.A.

Il mandato di gestione patrimoniale prevede disposizioni atte ad evitare situazioni di potenziale conflitto di interessi; la Società, inoltre, realizza un monitoraggio continuo delle operazioni per garantire che siano effettuate alle migliori condizioni possibili di mercato con riferimento al momento, alla dimensione e alla natura delle operazioni stesse.

b) Investimenti

Il patrimonio delle gestioni separate può essere investito dalla S.G.R. anche in strumenti finanziari emessi ed OICR istituiti e/o gestiti da società facenti parte del Gruppo Generali o con cui il Gruppo stesso intrattiene rapporti di affari rilevanti.

Al fine di evitare situazioni di potenziale conflitto di interessi, la Società effettua il monitoraggio periodico dei costi inerenti detti strumenti finanziari, con particolare riferimento alle commissioni gravanti sugli OICR.

c) Retrocessione di commissioni

Relativamente alla Gestione patrimoniale collegata al contratto, la Società non ha attualmente in essere accordi che prevedono la retrocessione da parte di soggetti terzi di commissioni o altri proventi.

La Società si impegna a riconoscere comunque ai contraenti eventuali introiti derivanti dalla retrocessione di commissioni o altri proventi conseguiti a seguito di futuri accordi stipulati con soggetti terzi. In tale eventualità, prima della stipula dei contratti, ai contraenti verranno fornite informazioni specifiche, complete e corrette in merito agli eventuali benefici retrocessi agli assicurati.

In ogni caso, la Società si impegna ad ottenere per i contraenti il miglior risultato possibile indipendentemente dall'esistenza di tali accordi.

d) Negoziazione di titoli effettuata con soggetti facenti parte del Gruppo o con cui il Gruppo intrattiene rapporti d'affari rilevanti

Le operazioni di compravendita possono essere effettuate anche con soggetti facenti parte del Gruppo o con cui il Gruppo intrattiene rapporti di affari rilevanti.

Per quanto concerne le commissioni di negoziazione applicate dalle controparti a fronte di operazioni effettuate sui mercati finanziari, tutte le operazioni saranno eseguite alle migliori condizioni di mercato.

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. Giovanni Perissinotto

Dott. Manlio Lostuzzi



Data ultimo aggiornamento: 31/05/2011

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

LUNGAVITA **LONG TERM CARE**



**Contratto di assicurazione di rendita vitalizia immediata anticipata
a premio annuo rivalutabile, pagabile in caso di perdita
di autosufficienza nel compimento degli atti
della vita quotidiana**



PARTE I – PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art.1

Prestazioni

LUNGAVITA LONG TERM CARE garantisce al Beneficiario, attraverso la corresponsione di un piano di versamento di premi, il pagamento da parte di ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A. di una “rendita assicurata” annua vitalizia rivalutata, così come stabilito nella Clausola di rivalutazione (Art.15), in caso di perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana. Tale rendita è corrisposta in rate anticipate nella rateazione prescelta.

LUNGAVITA LONG TERM CARE è riservato ad Assicurati che al momento della sottoscrizione del contratto abbiano un'età almeno pari a 40 anni.

Qualora la parte della “rendita assicurata”, relativa al settanta per cento del capitale costitutivo della rendita stessa, risulti inferiore al cinquanta per cento dell'assegno sociale di cui all'art.3 della legge 8 agosto 1995, n. 335, la prestazione può essere erogata in forma di capitale.

Tale prestazione, comunicata dalla Società alla *data di denuncia di perdita di autosufficienza* (Art.3), è pari al valore capitale della “rendita assicurata”, calcolato con riferimento alle medesime basi tecniche demografico-finanziarie utilizzate per la determinazione del premio.

La “rendita assicurata” iniziale e la rateazione prescelta sono riportati in polizza.

Art.2

Perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato

La perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana in modo permanente avviene quando l'Assicurato è incapace di svolgere, anche parzialmente, gli “atti elementari della vita quotidiana” sotto indicati e per il cui svolgimento necessita di assistenza da parte di un'altra persona:

- farsi il bagno o la doccia;
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità;
- continenza;
- bere e mangiare.

La perdita di autosufficienza ai fini della presente assicurazione è riconosciuta quando l'Assicurato raggiunge il punteggio di almeno 40 punti su un totale massimo di 60 punti con i criteri indicati nella Tabella A in allegato.

2.1. Esclusioni in caso di perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato

È esclusa dall'assicurazione la perdita di autosufficienza causata 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 e la perdita di autosufficienza avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora 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) malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- g) negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione non è erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- h) 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 perdita di autosufficienza causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- i) attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente.

In questi casi, ad eccezione della fattispecie indicata alla lettera a) per la quale non è prevista alcuna prestazione, la Società corrisponde una prestazione pari alla somma dei versamenti di premio effettuati, al netto dei diritti di emissione e quietanza in luogo di quella prevista all'Art.1.

2.2. Limitazioni della copertura assicurativa in caso di perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato

La 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.

La copertura assicurativa risulta limitata in ogni caso per un periodo di dodici mesi, denominato "periodo di carenza", che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione (Art.6).

Il periodo di carenza non si applica qualora la perdita di autosufficienza sia conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la perdita di autosufficienza.

Il periodo di carenza è esteso a sette anni nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza, dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

Durante il "periodo di carenza", la Società corrisponde una prestazione pari alla somma dei versamenti di premio effettuati al netto dei diritti di emissione e quietanza, in luogo di quella prevista all'Art.1.

Art.3

Denuncia, accertamento e riconoscimento della perdita di autosufficienza

Verificatasi la perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato, l'Assicurato stesso o altra persona che lo rappresenti deve richiederne per iscritto il riconoscimento alla Società, attraverso l'Agenzia cui è assegnato il contratto, allegando alla richiesta:

- a) un certificato del medico curante che provi la perdita di autosufficienza o un suo aggravamento rispetto a precedenti richieste non riconosciute dalla Società;

- b) una relazione medica del medico curante e/o del medico di base che certifichi le cause della perdita di autosufficienza di cui al punto a) o, nel caso di precedenti richieste non riconosciute dalla Società, le sopravvenute cause di un suo aggravamento;

entrambi redatti su appositi modelli forniti dalla Società.

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 i sei mesi.

La Società si riserva di richiedere all'Assicurato informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Ultimati i controlli medici la Società comunica per iscritto all'Assicurato, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno lo stato di non autosufficienza.

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

3.1. Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

Nel periodo di erogazione della "rendita assicurata", la Società ha il diritto di effettuare successivi accertamenti della condizione di non autosufficienza dell'Assicurato, non più di una volta ogni tre anni. In tale occasione sarà richiesta almeno la presentazione di un certificato del medico curante che attesti la permanenza dello stato di non autosufficienza. La Società si riserva comunque la possibilità di richiedere all'Assicurato ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

Se dagli eventuali accertamenti risultasse che l'Assicurato non raggiunge il punteggio di almeno 40 punti con i criteri riportati nella Tabella A in allegato, cessa immediatamente l'erogazione della prestazione per la perdita di autosufficienza. In questo caso la prestazione stabilita nell'articolo Prestazioni (Art.1), senza ulteriori versamenti di premi, rimane in vigore rivalutandosi in base a quanto riportato nella Clausola di rivalutazione (Art.15).

3.2. 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art.4

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 tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso all'assunzione del rischio, 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 perdita di autosufficienza dell'Assicurato e in ogni tempo, il pagamento della prestazione restituendo la somma dei versamenti effettuati, al netto dei diritti di emissione e quietanza e dell'eventuale addizionale di frazionamento (Art.9);
- 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 perdita di autosufficienza dell'Assicurato e in ogni tempo, la prestazione in relazione al maggior rischio accertato.

L'inesatta indicazione dell'età e del sesso dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica dei premi o della prestazione.

Art.5

Beneficiario

L'Assicurato è Beneficiario della prestazione assicurata.

PARTE II – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Art. 6

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.

L'assicurazione 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 nella polizza, qualora questa sia successiva a quella della conclusione.

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

Art. 7

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 versato, diminuito delle eventuali imposte e 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. 8

Durata del contratto

La durata del contratto è pari al periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la data di decesso dell'Assicurato.

La data di decorrenza è indicata in polizza.

PARTE III – PREMI

Art. 9

Piano di versamento dei premi

LUNGAVITA LONG TERM CARE prevede il versamento di una successione di premi annui, il primo dei quali alla conclusione del contratto e i successivi in ciascuna ricorrenza annuale del contratto che precede la scadenza del piano di versamento dei premi o la morte dell'Assicurato oppure fino alla data della denuncia di perdita di autosufficienza in caso di riconoscimento della stessa, qualora queste avvengano prima di detta scadenza.

La durata del piano di versamento dei premi è indicata in polizza.

Ciascun premio annuo successivo al primo si rivaluta rispetto al precedente nella stessa misura prevista per la “rendita assicurata”.

Il Contraente può rifiutare totalmente o parzialmente la rivalutazione del premio, previa richiesta scritta, secondo quanto riportato nella Clausola di rivalutazione (Art.15).

I premi annui possono essere corrisposti nella rateazione prescelta dal Contraente; in tal caso il 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 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.

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. 10

Interruzione del piano di versamento dei premi: riduzione e risoluzione

In caso di mancato pagamento di una rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla data stabilita per il suo versamento, e sempreché siano state interamente corrisposte almeno le prime tre annualità di premio, il contratto resta in vigore per la “rendita assicurata” ridotta di seguito definita.

La “rendita assicurata” ridotta si determina moltiplicando la “rendita assicurata”, rivalutata fino alla ricorrenza annuale che precede o coincide con la data del versamento della prima rata di premio non corrisposta, per il rapporto tra il numero dei premi annui pagati, considerando anche le eventuali frazioni, ed il numero dei premi annui pattuiti.

La “rendita assicurata” ridotta si rivaluta in base alla misura annua di rivalutazione, stabilita nella Clausola di rivalutazione (Art.15), ad ogni ricorrenza annuale del contratto successiva alla data di interruzione del piano di versamento dei premi.

In caso di mancata corresponsione delle prime tre annualità di premio il contratto si risolve, rimane privo di qualsiasi effetto ed i premi corrisposti restano acquisiti alla Società.

A giustificazione del mancato versamento del premio il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né abbia provveduto all’incasso a domicilio, quand’ anche ciò sia avvenuto per precedenti premi o rate di premio.

Art. 11

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 del versamento della prima rata di premio non corrisposta.

La riattivazione del contratto ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell’ammontare dovuto - il valore contrattuale della prestazione che si sarebbe ottenuta qualora non si fosse verificata l’interruzione del piano di versamento dei premi.

La riattivazione può avvenire solo su espressa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione.

La riattivazione è possibile solo previa corresponsione di tutti i premi arretrati, aumentati degli interessi calcolati con il tasso di riattivazione per il periodo intercorso tra la relativa data stabilita per il versamento di ogni premio arretrato e quella di riattivazione.

Il tasso di riattivazione è definito nella Clausola di rivalutazione (Art.15), con un minimo pari al tasso legale di interesse applicabile alla data della riattivazione.

PARTE IV – VICENDE CONTRATTUALI

Art. 12

Cessione Il Contraente può cedere ad altri il contratto. Tale atto diventa efficace solo quando la Società, previa comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione su apposita appendice.

Art. 13

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

Art. 14

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 – RIVALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Art. 15

Clausola di rivalutazione LUNGAVITA LONG TERM CARE prevede la rivalutazione annuale della prestazione, determinata in funzione del rendimento conseguito dalla Gestione separata scelta dal Contraente tra quelle offerte dalla Società al momento della sottoscrizione. I criteri e le modalità sono riportati nei successivi paragrafi e nel Regolamento della Gestione separata in Allegato.

Dalla data di decorrenza del contratto alla data di denuncia della perdita di autosufficienza la ricorrenza annuale di rivalutazione coincide con la ricorrenza annuale del contratto.

In fase di erogazione della rendita, a partire dalla data di denuncia della perdita di autosufficienza, la ricorrenza annuale di rivalutazione coincide invece con la ricorrenza annuale della data di denuncia.

Misura della rivalutazione

La Società dichiara annualmente il rendimento annuo conseguito dalla Gestione separata determinato con i criteri indicati al punto 3) del Regolamento.

L'anno preso a base per il calcolo del rendimento è costituito dai dodici mesi precedenti il secondo mese anteriore a quello della ricorrenza annuale di rivalutazione. Ad esempio per i contratti stipulati nel mese di agosto, l'anno preso a base per il calcolo del rendimento va dal 1 giugno al 31 maggio.

Il rendimento attribuito al contratto si ottiene diminuendo il suddetto rendimento di un valore, trattenuto dalla Società, espresso in punti percentuali assoluti. Tale valore trattenuto si calcola annualmente in funzione dell'importo dato dalla somma dei premi corrisposti al netto dei diritti e delle eventuali addizionali di frazionamento, secondo gli scaglioni di seguito indicati:

- 1,2 punti percentuali assoluti per somma premi fino a 9.999,99 euro;
- 1,1 punti percentuali assoluti per somma premi da 10.000,00 euro e fino a 19.999,99 euro;
- 1,0 punti percentuali assoluti per somma premi da 20.000,00 euro.

Qualora il rendimento della Gestione separata sia pari o superiore al 7% ed inferiore all'8% (intervallo di rendimento), i valori trattenuti sopra definiti sono incrementati di un decimo di punto. Per ogni ulteriore uguale intervallo di rendimento di un punto percentuale tali valori si incrementano in eguale misura.

La misura annua della rivalutazione della prestazione si ottiene scontando, per un anno in forma composta al "tasso di interesse tecnico", la differenza tra il rendimento attribuito al contratto e il "tasso di interesse tecnico". Il "tasso di interesse tecnico" è pari al 2% annuo. La misura annua di rivalutazione non può in ogni caso risultare negativa.

Il tasso di riattivazione e la misura annua di rivalutazione, dall'ultima ricorrenza annuale del contratto alla data di denuncia, si calcolano in base al rendimento annuo conseguito dalla Gestione separata nell'esercizio costituito dai dodici mesi precedenti il secondo mese anteriore rispettivamente alla data di richiesta di riattivazione e alla data di denuncia.

La certificazione di cui al punto 2) del Regolamento è effettuata con riferimento a ciascun esercizio costituito da dodici mesi.

Rivalutazione annuale

Ad ogni ricorrenza annuale di rivalutazione la "rendita assicurata" ed il premio annuo (durante il periodo di versamento dei premi) in vigore alla ricorrenza annuale precedente sono aumentati della misura di rivalutazione come sopra definita.

In caso di denuncia e riconoscimento da parte della Società della perdita di autosufficienza, la misura di rivalutazione si applica per il periodo che intercorre tra l'ultima ricorrenza annuale e la data di denuncia.

Limitazione o rifiuto della rivalutazione del premio

Il Contraente ha facoltà di rifiutare totalmente o parzialmente la rivalutazione del premio annuo prevista ad ogni ricorrenza annuale del contratto, senza pregiudicare il diritto di accettare successive rivalutazioni del premio in misura totale o parziale.

La relativa richiesta, in forma scritta, deve essere inoltrata alla Società almeno tre mesi prima della data della ricorrenza annuale del contratto.

In caso di limitazione o di rifiuto della rivalutazione del premio, la "rendita assicurata" maturata alla ricorrenza annuale precedente è rivalutata della stessa misura di rivalutazione, limitata o nulla, applicata al premio annuo.

Qualora siano trascorsi almeno tre anni dalla data di decorrenza del contratto indicata in polizza, alla prestazione si aggiunge un ulteriore importo ottenuto applicando alla somma tra:

- la "rendita assicurata" riproporzionata, sotto definita, moltiplicata per il rapporto fra il numero di anni trascorsi dalla data di decorrenza e la durata del piano di versamento dei premi;
- la differenza fra la "rendita assicurata" maturata alla precedente ricorrenza annuale e la rendita assicurata riproporzionata;

una percentuale pari alla differenza tra la misura di rivalutazione come sopra definita e la misura limitata o nulla di rivalutazione del premio annuo.

Per "rendita assicurata" riproporzionata si intende la "rendita assicurata", in vigore alla ricorrenza annuale precedente, moltiplicata per il rapporto fra l'ammontare dell'ultimo premio annuo, relativo alla stessa ricorrenza annuale del contratto ed il primo premio annuo, entrambi al netto dei diritti.

PARTE VI – PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Art. 16

Modalità di richiesta per i pagamenti della Società

Per i pagamenti da parte della Società, ad esclusione di quelli relativi alle rate di rendita successive alla prima, deve essere presentata richiesta scritta tramite l’Agenzia cui è assegnato il contratto, in aggiunta ai documenti necessari a verificare l’effettiva esistenza dell’obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

La 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.

La Società esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento in Agenzia della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

In caso di perdita di autosufficienza dell’Assicurato l’effettiva esistenza dell’obbligo di pagamento è determinata con i criteri e le modalità previste all’Art.3.

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

In particolare la corresponsione della rendita:

- decorre a partire dalla data di denuncia della perdita di autosufficienza;
- inizia entro trenta giorni dal riconoscimento della perdita di autosufficienza, nella rateazione prevista dal contratto. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto;
- cessa con la prima scadenza di rata successiva alla morte dell’Assicurato. Eventuali rate scadute e pagate successivamente a tale evento devono essere restituite alla Società.

Il Beneficiario o altra persona, previo rilascio di idonea procura, ritira la rendita e ne dà quietanza. Nel caso in cui la rendita sia ritirata da persona diversa dall’Assicurato, deve essere contestualmente prodotto alla Società un certificato di esistenza in vita di quest’ultimo.

Ogni pagamento è effettuato presso l’Agenzia cui è assegnato il contratto o presso la Direzione per l’Italia 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).

ALLEGATO N. 1

Regolamento della Gestione separata

Il Regolamento che segue è relativo alla Gestione separata GESAV offerta dalla Società al momento della sottoscrizione di questo contratto.

- 1) Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, che viene contraddistinta con il nome *Gestione separata*.

Il valore delle attività gestite non sarà inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per le assicurazioni che prevedono una clausola di rivalutazione legata al rendimento della *Gestione separata*.

La *Gestione separata* è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo con la Circolare n. 71 del 26.03.1987, e si atterrà ad eventuali successive disposizioni.

- 2) La *Gestione separata* è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una società di revisione iscritta all'Albo di cui al DPR 31.3.75 n. 136, la quale attesta la rispondenza della *Gestione separata* al presente Regolamento.

In particolare sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite alla *Gestione separata*, il rendimento annuo della *Gestione separata*, quale descritto al seguente punto 3), e la adeguatezza di ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Società sulla base delle riserve matematiche.

- 3) Il rendimento annuo della *Gestione separata* per l'esercizio relativo alla certificazione si ottiene rapportando il risultato finanziario della *Gestione separata* di competenza di quell'esercizio al valore medio della *Gestione separata* stessa.

Per risultato finanziario della *Gestione separata* si devono intendere i proventi finanziari di competenza dell'esercizio - compresi gli utili e le perdite di realizzo per la quota di competenza della *Gestione separata* - al lordo delle ritenute di acconto fiscali ed al netto delle spese specifiche degli investimenti.

Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nella *Gestione separata* e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nella *Gestione separata* per i beni già di proprietà della Società.

Per valore medio della *Gestione separata* si intende la somma della giacenza media annua dei depositi in numerario presso gli Istituti di Credito, della consistenza media annua degli investimenti in titoli e della consistenza media annua di ogni altra attività della *Gestione separata*.

La consistenza media annua dei titoli e delle altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione nella *Gestione separata*. Ai fini della determinazione del rendimento annuo della *Gestione separata*, l'esercizio relativo alla certificazione decorre dal 1° novembre dell'anno precedente fino al 31 ottobre dell'anno di certificazione.

- 4) La Società si riserva di apportare al punto 3), di cui sopra, quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito di cambiamenti nell'attuale legislazione fiscale.

ALLEGATO N. 2

Tabella A: attribuzione del punteggio nella fase di accertamento della perdita di autosufficienza

| Farsi il bagno | | |
|----------------|---|--------------|
| 1° grado | L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo. | Punteggio 0 |
| 2° grado | L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno. | Punteggio 5 |
| 3° grado | L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno | Punteggio 10 |

| Vestirsi e svestirsi | | |
|----------------------|---|--------------|
| 1° grado | L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo. | Punteggio 0 |
| 2° grado | L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo. | Punteggio 5 |
| 3° grado | L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo | Punteggio 10 |

| Igiene del corpo | | |
|------------------|--|--------------|
| 1° grado | L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati da (1), (2) e (3): (1) andare al bagno; (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi; (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno. | Punteggio 0 |
| 2° grado | L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3). | Punteggio 5 |
| 3° grado | L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3). | Punteggio 10 |

| Mobilità | | |
|----------|---|--------------|
| 1° grado | L'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza da parte di terzi. | Punteggio 0 |
| 2° grado | L'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto. | Punteggio 5 |
| 3° grado | L'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi. | Punteggio 10 |

| Continenza | | |
|------------|---|--------------|
| 1° grado | L'Assicurato è completamente continente. | Punteggio 0 |
| 2° grado | L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno. | Punteggio 5 |
| 3° grado | L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o colostomia. | Punteggio 10 |

| Bere e mangiare | | |
|-----------------|---|--------------|
| 1° grado | L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti. | Punteggio 0 |
| 2° grado | L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: - sminuzzare/tagliare il cibo - sbucciare la frutta - aprire un contenitore/una scatola - versare bevande nel bicchiere. | Punteggio 5 |
| 3° grado | L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale. | Punteggio 10 |

Data ultimo aggiornamento: 31/05/2011

GLOSSARIO

LUNGAVITA **LONG TERM CARE**



Contratto di assicurazione di rendita vitalizia immediata anticipata a premio annuo rivalutabile, pagabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana



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. |
| Gestione separata di attivi | Termine da cui è indicata una speciale forma di gestione interna degli investimenti, separata da quella delle altre attività di Assicurazioni Generali S.p.A., che consente di attribuire al contratto ad esso collegato, parte dei rendimenti finanziari realizzati. |
| ISVAP | Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo. |
| Partecipazione agli utili | Il rendimento finanziario annualmente attribuito al contratto. |
| Polizza | Il documento che prova e disciplina il contratto di assicurazione. |
| Premio | L'importo che il Contraente corrisponde a Assicurazioni Generali S.p.A. |
| Proposta di assicurazione | Il documento con il quale il Contraente chiede a Assicurazioni Generali S.p.A. di stipulare un contratto di assicurazione. |
| Ricorrenza annuale del contratto | L'anniversario della data di decorrenza. |
| Società | La compagnia Assicurazioni Generali S.p.A., impresa che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate all'art. 2 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209. |
| 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: 31/05/2011