

SOLUZIONE VIVIFUTURO



VIVIFUTURO

Lloyd Italice

DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI

Indice generale

Indice della soluzione VIVIFUTURO

Caratteristiche della Soluzione VIVIFUTURO pag. 3

Coperture assicurative vita

- **VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA:**
- fascicolo informativo** ” 5
 - Scheda Sintetica ” 7
 - Nota Informativa ” 13
 - Condizioni di Assicurazione ” 25
 - Glossario ” 35
 - Modulo di proposta ” 38
- **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA:**
- fascicolo informativo** ” 41
 - Nota Informativa ” 43
 - Condizioni di Assicurazione ” 55
 - Glossario ” 71
 - Modulo di proposta ” 74

Coperture assicurative danni

- **PROTEZIONE ASSISTENZA -**
- polizza abbinata a VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** ” 81
 - Condizioni di Assicurazione - Formula Argento ” 85
 - Condizioni di Assicurazione - Formula Oro ” 101
 - Condizioni di Assicurazione - Formula Platino ” 119
- **PROTEZIONE SALUTE - polizza malattie e assistenza** ” 141
 - Condizioni di Assicurazione - Formula Argento ” 145
 - Condizioni di Assicurazione - Formula Oro ” 165
 - Condizioni di Assicurazione - Formula Platino ” 193
- **PROTEZIONE PERSONA - polizza infortuni e assistenza** ” 225
 - Condizioni di Assicurazione ” 225

Caratteristiche della Soluzione VIVIFUTURO

VIVIFUTURO è la soluzione di Toro Assicurazioni per gestire, in modo integrato e flessibile, il proprio risparmio e proteggere i rischi legati alla salute.

La Soluzione VIVIFUTURO consente al Contraente di scegliere la tipologia e il valore delle seguenti polizze vita e sanitarie:

1. Gestione&Tutela

- VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA: assicurazione a vita intera con capitale rivalutabile a premio unico e premi unici aggiuntivi;

2. Protezione&Assistenza

- VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA: polizza Long Term Care che assicura una rendita vitalizia in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE: copertura che rimborsa le spese sanitarie;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA: polizza che garantisce un capitale in caso di invalidità permanente o in caso di morte e una rendita in caso di non autosufficienza.

La Soluzione VIVIFUTURO può essere scelta con tre differenti livelli di copertura, Argento, Oro e Platino ed è possibile abbinare specifici servizi di assistenza.

Per sottoscrivere le coperture assicurative della Soluzione VIVIFUTURO, il Contraente deve avere un'età compresa tra 50 e 70 anni e deve aver sottoscritto e perfezionato almeno il prodotto VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA e almeno una tra la copertura assicurativa VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA, VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE e VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA.

La Soluzione VIVIFUTURO consente di finanziare le coperture del contratto assicurativo Protezione Salute attraverso la Gestione Assicurativa del risparmio. A partire dalla sottoscrizione di VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, annualmente il capitale o i rendimenti maturati sul capitale investito potranno essere utilizzati integralmente o parzialmente per pagare il premio delle polizze salute. Inoltre la Soluzione VIVIFUTURO prevede anche l'eventuale integrazione del capitale investito al momento della sottoscrizione.

Si ricorda che la soluzione VIVIFUTURO è disciplinato dalle:

- condizioni contrattuali delle coperture assicurative vita e/o danni;
- eventuali appendici contrattuali;
- disposizioni legislative in materia.

Informazioni sull'impresa di assicurazione

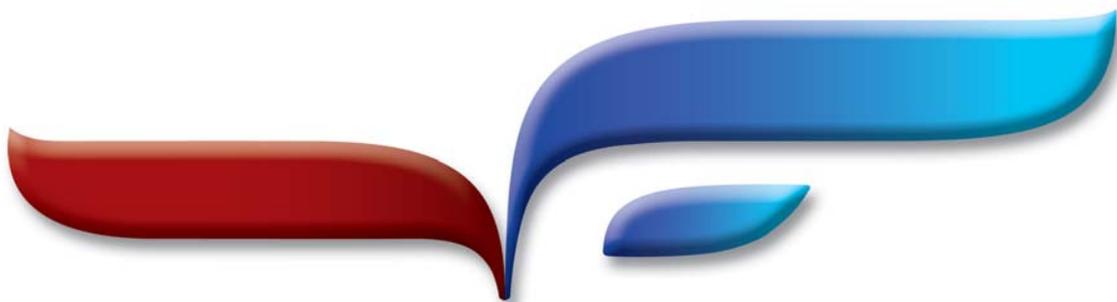
La Toro Assicurazioni S.p.A. (di seguito "Società") è una Società per Azioni con sede legale in Via Mazzini, 53 - 10123 Torino (Italia), iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00148 e appartiene al Gruppo Generali iscritto all'albo dei gruppi assicurativi.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2285 del 22 giugno 2004 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 154 del 3 luglio 2004 (già autorizzata a norma Regio Decreto Legge 29 aprile 1923 n. 966).

Telefono: 011.0029111. Indirizzo telematico: www.toroassicurazioni.it - e-mail: info@toroassicurazioni.it
Società di Revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A. con sede legale in via G.D. Romagnosi, 18/a - 00196 Roma - Italia.

Sede della Divisione Lloyd Italico: Italia - via Fieschi, 9 - 16121 Genova.

Telefono: 010.53801. Indirizzo telematico: www.lloyditalico.it - e-mail: info@lloyditalico.it



VIVIFUTURO

GESTIONE ASSICURATIVA

**Contratto di assicurazione a vita intera
con capitale rivalutabile
a premio unico e premi unici aggiuntivi**

Il presente Fascicolo Informativo contenente

- a) *Scheda Sintetica;*
- b) *Nota Informativa;*
- c) *Condizioni di Assicurazione;*
- d) *Glossario;*
- e) *Modulo di Proposta;*

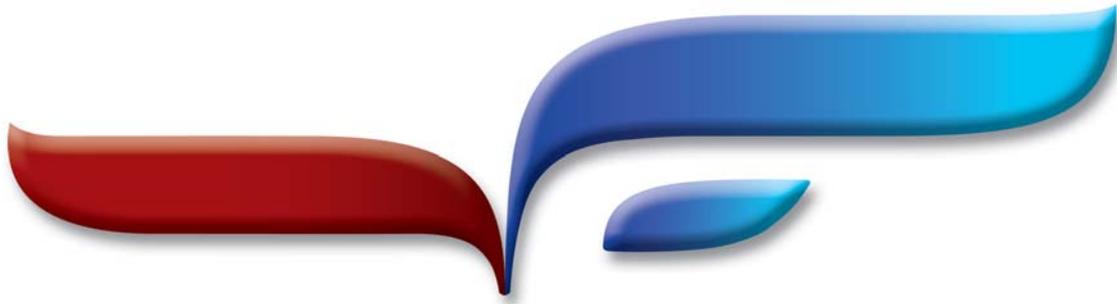
deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Scheda Sintetica e la Nota Informativa

VIVIFUTURO

Lloyd Italo

DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI



VIVIFUTURO

GESTIONE ASSICURATIVA

**Contratto di assicurazione a vita intera
con capitale rivalutabile
a premio unico e premi unici aggiuntivi**

SCHEDA SINTETICA

ATTENZIONE: LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO

La presente Scheda Sintetica non sostituisce la Nota Informativa.

Essa mira a dare al Contraente un'informazione di sintesi sulle caratteristiche, sulle garanzie, sui costi e sugli eventuali rischi presenti nel contratto.

1. Informazioni generali

1.a) Impresa di assicurazione

Toro Assicurazioni S.p.A. (di seguito "Società") è una Società per Azioni con sede legale in Italia e appartiene al Gruppo Generali.

1.b) Denominazione del contratto

Il contratto qui descritto è denominato **VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA** e fa parte della Soluzione **VIVIFUTURO**.

1.c) Tipologia del contratto

È un contratto di assicurazione a vita intera, a premio unico.

Le prestazioni assicurate dal presente contratto sono contrattualmente garantite dalla Società e si rivalutano annualmente in base al rendimento di una gestione interna separata di attivi.

1.d) Durata

Il contratto è a vita intera, pertanto la sua durata coincide con la vita dell'Assicurato.

È possibile esercitare il diritto di riscatto totale purché sia trascorso almeno un anno dalla decorrenza del contratto e l'Assicurato sia in vita.

1.e) Pagamento dei premi

Il presente contratto prevede il pagamento di un premio unico con la possibilità di effettuare versamenti aggiuntivi.

L'importo minimo del premio, al netto dei diritti di emissione, ammonta ad Euro 10.000,00 qualora si tratti del premio unico di emissione e ad Euro 2.500,00 in caso di versamento aggiuntivo.

2. Caratteristiche del contratto

VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA è un contratto che fa parte della Soluzione VIVIFUTURO e realizza un investimento caratterizzato da un basso livello di rischio e da una copertura assicurativa garantita per il caso di morte senza limiti temporali: il capitale assicurato è infatti liquidabile ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato, in qualunque epoca esso avvenga.

Si rinvia al Progetto esemplificativo dello sviluppo delle prestazioni e del valore di riscatto contenuto nella sezione F della Nota informativa per l'illustrazione del meccanismo di partecipazione agli utili.

La Società è tenuta a consegnare il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata al più tardi al momento in cui il Contraente è informato che il contratto è concluso.

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

a) **Prestazioni in caso di decesso**

In caso di decesso dell'Assicurato in qualsiasi epoca avvenga, è previsto il pagamento del capitale assicurato, inteso come somma dei capitali assicurati relativi ai singoli versamenti e rivalutati fino a quel momento, ai beneficiari designati in polizza dal Contraente.

Sulla prestazione in caso di decesso dell'Assicurato è riconosciuto un tasso minimo garantito uguale al 2% annuo.

La partecipazione agli utili, una volta dichiarata al Contraente, risulta definitivamente acquisita.

Riscattando il contratto, il Contraente sopporta il rischio, in alcuni casi, di ottenere un importo inferiore ai premi versati.

Maggiori informazioni sono fornite in Nota informativa alla sezione B. In ogni caso le coperture assicurative ed i meccanismi di rivalutazione delle prestazioni sono regolati dagli articoli 1 e 10 delle Condizioni di polizza.

4. Costi

La Società, al fine di svolgere l'attività di collocamento e di gestione dei contratti e di incasso dei premi, preleva dei costi secondo la misura e le modalità dettagliatamente illustrate in Nota informativa alla sezione D. I costi gravanti sui premi e quelli prelevati dalla Gestione interna separata riducono l'ammontare delle prestazioni.

Per fornire un'indicazione complessiva dei costi che gravano a vario titolo sul contratto viene di seguito riportato, secondo criteri stabiliti dall'ISVAP, l'indicatore sintetico "Costo percentuale medio annuo". Il "Costo percentuale medio annuo" indica di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi, il potenziale tasso di rendimento del contratto rispetto a quello di un'analogia operazione che ipoteticamente non fosse gravata da costi.

A titolo di esempio, se il "Costo percentuale medio annuo" del 10° anno è pari all'1%, significa che i costi complessivamente gravanti sul contratto in caso di riscatto al 10° anno riducono il potenziale tasso di rendimento nella misura dell'1% per ogni anno di durata del rapporto assicurativo.

Il predetto indicatore ha una valenza orientativa in quanto calcolato su livelli prefissati di premio, età e sesso dell'Assicurato ed impiegando un'ipotesi di rendimento della gestione interna separata che è soggetta a discostarsi dai dati reali.

Il "Costo percentuale medio annuo" è stato determinato sulla base di un'ipotesi di tasso di rendimento degli attivi stabilito dall'ISVAP nella misura del 4% annuo ed al lordo dell'imposizione fiscale.

**Indicatore sintetico “Costo percentuale medio annuo”
Gestione separata “RISPAV”**

Premio unico: Euro 10.000,00
Età: Anni 50

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	1,62%
10	1,41%
15	1,34%
20	1,31%
25	1,28%

Premio unico: Euro 15.000,00
Età: Anni 50

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	1,60%
10	1,40%
15	1,33%
20	1,30%
25	1,28%

Premio unico: Euro 30.000,00
Età: Anni 50

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	1,50%
10	1,35%
15	1,30%
20	1,27%
25	1,26%

Premio unico: Euro 10.000,00
Età: Anni 55

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	1,62%
10	1,41%
15	1,34%
20	1,31%
25	1,28%

Premio unico: Euro 15.000,00
Età: Anni 55

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	1,60%
10	1,40%
15	1,33%
20	1,30%
25	1,28%

Premio unico: Euro 30.000,00
Età: Anni 55

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	1,50%
10	1,35%
15	1,30%
20	1,27%
25	1,26%

Premio unico: Euro 10.000,00
Età: Anni 60

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	1,62%
10	1,41%
15	1,34%
20	1,31%
25	1,28%

Premio unico: Euro 15.000,00
Età: Anni 60

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	1,60%
10	1,40%
15	1,33%
20	1,30%
25	1,28%

Premio unico: Euro 30.000,00
Età: Anni 60

Anno	Costo percentuale medio annuo
5	1,50%
10	1,35%
15	1,30%
20	1,27%
25	1,26%

Il “Costo percentuale medio annuo” in caso di riscatto nei primi anni di durata contrattuale può risultare significativamente superiore al costo riportato in corrispondenza del 5° anno.

Qualora venga applicato lo sconto relativo alla forma “Reinvestimento” illustrato al punto 8 della Nota informativa, il “Costo percentuale medio annuo” risulterà inferiore a quanto sopra indicato.

5. Illustrazione dei dati storici di rendimento della gestione interna separata

In questa sezione è rappresentato il tasso di rendimento realizzato dalla gestione interna separata “RISPAV” negli ultimi 5 anni ed il corrispondente tasso di rendimento minimo riconosciuto agli Assicurati. Il dato è confrontato con il tasso di rendimento medio dei titoli di Stato e delle obbligazioni e con l'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai.

Anno	Rendimento annuo realizzato dalla gestione separata	Rendimento minimo riconosciuto agli assicurati	Rendimento medio dei titoli di Stato e delle obbligazioni	Inflazione
2004	4,10%	2,90%	3,59%	2,00%
2005	4,30%	3,10%	3,16%	1,70%
2006	4,58%	3,38%	3,86%	2,00%
2007	5,06%	3,86%	4,41%	1,71%
2008	4,61%	3,41%	4,46%	3,23%

Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri.

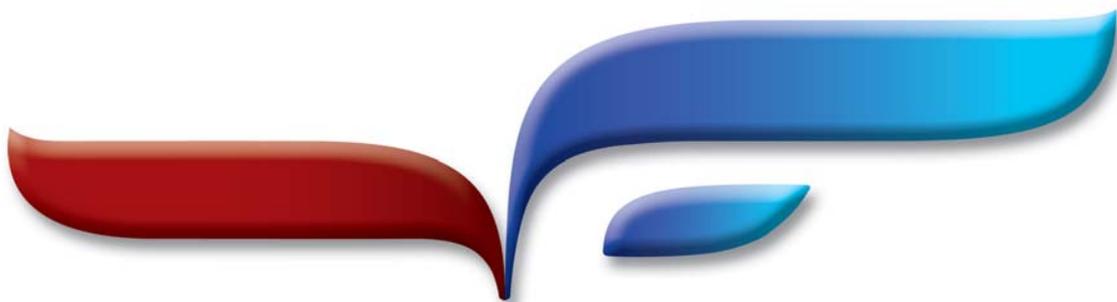
6. Diritto di ripensamento

Il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta o di recedere dal contratto. Per le relative modalità leggere la sezione E della Nota informativa.

Toro Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità dei dati e delle notizie contenuti nella presente Scheda sintetica.



Toro Assicurazioni S.p.A.
Presidente e Amministratore Delegato
 Dott. Luigi de Pupi



VIVIFUTURO

GESTIONE ASSICURATIVA

**Contratto di assicurazione a vita intera
con capitale rivalutabile
a premio unico e premi unici aggiuntivi**

NOTA INFORMATIVA

VIVIFUTURO
Lloyd Italice
DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI

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

A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. INFORMAZIONI GENERALI

La Toro Assicurazioni S.p.A. (di seguito "Società") è una Società per Azioni con sede legale in Italia. La Società è iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00148 ed appartiene al Gruppo Generali iscritto all'albo dei gruppi assicurativi.

La Sede Legale e la Direzione Generale si trovano in Via Mazzini, 53 - 10123 Torino - Italia.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2285 del 22 giugno 2004 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 154 del 3 luglio 2004 (già autorizzata a norma Regio Decreto Legge 29 aprile 1923 n. 966).

Società di Revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A. con sede legale in via G.D. Romagnosi, 18/a - 00196 Roma - Italia.

Sede della Divisione Lloyd Italico: Italia - via Fieschi, 9 - 16121 Genova

Telefono 010 53801. Indirizzo telematico: www.lloyditalico.it - e-mail: info@lloyditalico.it

2. CONFLITTO D'INTERESSI

Sulla base delle procedure di monitoraggio messe in atto dalla Società, non sono state individuate situazioni in cui la medesima, nella commercializzazione del presente prodotto, operi direttamente o indirettamente in una situazione di conflitto di interessi, anche derivante da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di Società del Gruppo.

La Società, pur in presenza di situazioni di conflitto di interessi, è tenuta comunque ad operare in modo tale da non recare pregiudizio agli investitori-contraenti e ad ottenere il miglior risultato possibile indipendentemente dall'esistenza di tali situazioni.

Nel patrimonio della gestione separata il peso percentuale degli investimenti in strumenti finanziari o altri attivi emessi o gestiti da soggetti del medesimo gruppo di appartenenza della Società non supera complessivamente il 5% del totale delle attività della gestione. La Società periodicamente mette in atto procedure interne di monitoraggio finalizzate al rispetto di tale limite.

Per quanto attiene il riconoscimento di utilità retrocesse, sulla base degli accordi stipulati con le società di gestione, una parte significativa delle commissioni che gravano sugli OICR eventualmente presenti nel patrimonio del fondo "RISPAV" viene retrocesso al fondo stesso. L'ammontare di tali commissioni retrocesse è indicato nel rendiconto annuale della gestione interna separata. La Società assicura che l'investimento finanziario non sia gravato da alcun onere altrimenti evitabile o escluso dalla percezione di utilità ad esso spettanti. La Società non ha stipulato nessun accordo/accordi di riconoscimento di utilità.

B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA è un prodotto della Soluzione VIVIFUTURO.

VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA è un'assicurazione a vita intera, pertanto la durata del contratto coincide con la vita dell'Assicurato.

VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, a fronte del versamento di un premio unico iniziale e di eventuali premi unici aggiuntivi, prevede una prestazione in caso di decesso dell'Assicurato.

Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato

La Società corrisponde alla morte dell'Assicurato il capitale assicurato, inteso come somma dei capitali assicurati rivalutati fino alla data del decesso, derivanti dal versamento del premio unico iniziale e di eventuali premi unici aggiuntivi.

La prestazione liquidabile non può essere inferiore alla somma dei capitali assicurati iniziali relativi a ciascun versamento, capitalizzati, in forma composta, al “tasso minimo garantito” del 2%, per il periodo intercorrente tra la data di decorrenza del versamento e la data di decesso dell'Assicurato.

La rivalutazione della prestazione determinata come indicato al punto 5 della presente Nota Informativa, una volta dichiarata al Contraente, risulta definitivamente consolidata.

4. PREMI

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate ed al loro ammontare.

VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA prevede il versamento di un premio unico iniziale e di premi unici aggiuntivi di importo variabile. Ad ogni versamento corrisponde un capitale assicurato.

Il versamento del premio può essere effettuato esclusivamente con le seguenti modalità alternative:

- assegno “non trasferibile” intestato a “TORO ASSICURAZIONI S.p.A.” oppure bonifico bancario effettuato direttamente su un conto corrente della TORO ASSICURAZIONI S.p.A.;
- assegno “non trasferibile” intestato all'Agente quale “Titolare del mandato in qualità di Agente della Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italico” o bonifico effettuato direttamente su un conto corrente dell'Agente quale “Titolare del mandato in qualità di Agente della Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italico”.

5. MODALITÀ DI CALCOLO E DI ASSEGNAZIONE DELLA PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA prevede la rivalutazione annuale delle prestazioni in funzione del rendimento conseguito dalla Gestione interna separata denominata RISPAV.

La rivalutazione consiste nell'attribuire ad ogni ricorrenza annuale al capitale assicurato, inteso come somma dei capitali assicurati relativi ai singoli versamenti, il rendimento finanziario realizzato dalla gestione separata, ridotto di un valore trattenuto dalla Società come specificato al punto 7.2 della presente Nota informativa. La misura annua della rivalutazione è uguale al rendimento attribuito e per la prestazione in caso di decesso è prevista una garanzia minima del 2% annuo composto.

In particolare, a fronte di premi versati successivamente alla ricorrenza annuale precedente, la misura annua di rivalutazione attribuita ai relativi capitali assicurati, è riproporzionata per il periodo che intercorre tra la data di versamento di ogni premio e la ricorrenza annuale successiva.

La misura annua di rivalutazione non può in ogni caso risultare negativa e opera la garanzia di consolidamento annuo del rendimento attribuito al contratto.

Per maggiori dettagli sulla gestione separata si rimanda alla sezione C della presente Nota Informativa.

Per l'illustrazione degli effetti della rivalutazione si rinvia alla sezione F della presente Nota Informativa contenente il Progetto esemplificativo di sviluppo delle prestazioni assicurate e dei valori di riscatto.

La Società consegna al Contraente, al più tardi al momento in cui è informato che il contratto è concluso, il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata.

C. Informazioni sulla gestione interna separata

6. GESTIONE INTERNA SEPARATA

Le prestazioni del contratto sono rivalutate in funzione del rendimento di una gestione interna separata che viene contraddistinta con il nome “Riserva Speciale Polizze Assicurati Vita” ed indicata in seguito con la sigla “RISPAV”. Il patrimonio del Fondo RISPAV è espresso in Euro.

Tale Fondo è caratterizzato da una linea di investimento garantita; è adatto a chi intende proteggere nel

tempo il valore reale del capitale assicurato mediante l'esplicita garanzia del proprio investimento e perseguire al contempo l'obiettivo di un rendimento annuo garantito e consolidato secondo le modalità indicate al precedente punto 5. Il rendimento di periodo (definito all'articolo 3 del "Regolamento") al quale la Società fa riferimento per determinare la misura della rivalutazione, è calcolato sulla base dei dodici mesi che precedono il terzo mese antecedente la data in cui deve essere calcolata la rivalutazione.

Le principali tipologie di strumenti finanziari presenti nella gestione separata sono titoli di Stato e obbligazioni private, che rappresentano rispettivamente circa il 35% e il 50% delle attività del Fondo.

Non è rilevante il peso degli attivi emessi o gestiti da soggetti del medesimo gruppo di appartenenza della Società.

La gestione separata è identificabile sotto il profilo del rischio come una gestione prudente del risparmio, che mira all'ottimizzazione dei rendimenti minimizzando i rischi e assumendo a riferimento l'esclusivo interesse dei sottoscrittori.

L'orizzonte temporale di riferimento è medio-lungo, nell'ottica del superamento delle ciclicità negative dei mercati di riferimento, mentre la gestione del portafoglio è dinamica rispetto alle modifiche strutturali dei mercati finanziari mondiali.

Inoltre, la presenza di rendimenti minimi garantiti costituisce una garanzia di redditività particolarmente significativa data l'attuale situazione dei tassi di mercato.

Il soggetto a cui è stata delegata la gestione del Fondo RISPAV è il Dott. Filippo Viglengo.

La Società di Revisione del Fondo è Reconta Ernst & Young S.p.A. con sede legale in via G.D. Romagnosi, 18/a – 00196 ROMA.

Per ulteriori informazioni sulle caratteristiche del Fondo RISPAV si rimanda al "Regolamento del Fondo RISPAV" che forma parte integrante delle condizioni contrattuali.

D. Informazioni sui costi e sul regime fiscale

7. COSTI

7.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

7.1.1. Costi gravanti sul premio

La Società per far fronte alle spese di emissione del contratto preleva dal premio unico di perfezionamento un costo fisso di 30,00 Euro e dagli eventuali premi aggiuntivi un costo fisso di 15,00 Euro.

Il costo gravante sul premio unico versato all'atto della stipulazione del contratto (al netto del costo fisso di Euro 30,00) è uguale ad una percentuale del premio medesimo, come di seguito indicato:

Premio versato		Caricamento proporzionale
maggiore o uguale a	minore di	
–	Euro 20.000,00	1,75%
Euro 20.000,00	Euro 30.000,00	1,56%
Euro 30.000,00	Euro 40.000,00	1,35%
Euro 40.000,00	Euro 50.000,00	1,16%
Euro 50.000,00	Euro 60.000,00	0,96%
Euro 60.000,00	Euro 70.000,00	0,77%
Euro 70.000,00	Euro 80.000,00	0,57%
Euro 80.000,00	Euro 90.000,00	0,38%
Euro 90.000,00	Euro 100.000,00	0,19%
Euro 100.000,00	oltre	0,00%

Il costo gravante sull'eventuale premio unico aggiuntivo (al netto del costo fisso di Euro 15,00) è uguale alla percentuale, applicata al premio medesimo, appartenente alla classe di premio identificata considerando, alla data del versamento del premio unico aggiuntivo, la somma dei premi precedentemente versati, al netto dei riscatti parziali, e dello stesso premio unico aggiuntivo.

Qualora venga applicato lo sconto relativo all'iniziativa "Reinvestimento" illustrato al punto 8 della presente Nota informativa, i costi risulteranno inferiori a quanto sopra indicato.

7.2. Costi applicati mediante prelievo sul rendimento della Gestione separata

Il costo trattenuto dalla Società sul rendimento conseguito dalla gestione interna separata è uguale all'1,20%. Se il risultato del Fondo RISPAV supera il 6,00%, il rendimento trattenuto aumenta dello 0,10% ogni 0,50% di incremento del risultato stesso.

8. MISURE E MODALITÀ DI EVENTUALI SCONTI

VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA può usufruire di riduzioni sui costi a condizione che il Contraente reinvesta l'importo liquidato a titolo di prestazione a scadenza in forma di capitale di un precedente contratto di assicurazione sulla vita, gestito dalla Società ("REINVESTIMENTO").

In questo caso, il caricamento percentuale determinato sulla base del premio complessivamente versato, viene applicato esclusivamente all'eventuale parte di premio unico iniziale eccedente il triplo dell'importo liquidato e reinvestito, al quale, quindi, non è applicato alcun caricamento percentuale.

L'applicazione dello sconto è riportata in polizza con il richiamo all'iniziativa "Reinvestimento".

9. REGIME FISCALE (*)

Le somme corrisposte dalla Società per il caso di morte dell'Assicurato sono esenti dall'imposta di successione e dall'IRPEF.

Il capitale corrisposto dalla Società a titolo di riscatto è soggetto ad una ritenuta di imposta – operata direttamente dalla Società – che si ottiene applicando l'aliquota del 12,50% alla differenza tra l'importo liquidabile e i premi versati per la sua costituzione.

Gli importi corrisposti a soggetti nell'esercizio di attività commerciali concorrono a formare il reddito d'impresa secondo le regole proprie di tali categorie di reddito e sono assoggettati a tassazione ordinaria.

(*) *Modalità e misure in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa.*

E. Altre informazioni sul contratto

10. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Il contratto si intende concluso nel momento in cui la Società consegna al Contraente la Polizza o, in alternativa, gli invia per iscritto la comunicazione di accettazione della Proposta.

Concluso il contratto, le coperture assicurative entrano pienamente in vigore alle ore 24 del giorno di pagamento del primo premio, o di quello della decorrenza della Polizza se successivo.

11. RISCATTO

VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, su richiesta scritta del Contraente, è riscattabile totalmente o parzialmente decorso un anno dalla data di decorrenza purché l'Assicurato sia in vita.

L'importo relativo al riscatto totale è pari al capitale assicurato, inteso come somma dei capitali assicurati relativi ai singoli versamenti, rivalutato, con le modalità previste nel punto 5 della presente Nota informativa, fino alla ricorrenza annuale precedente la data di richiesta del riscatto.

La quota riscattabile parzialmente non può essere inferiore a 2.000,00 Euro e la prestazione residua non può essere inferiore a 2.000,00 Euro.

In deroga a quanto sopra riportato, qualora il riscatto parziale avvenga a seguito delle disposizioni previste all'Art. 5 delle Condizioni Generali di Assicurazione della Soluzione VIVIFUTURO, il capitale assicurato, inteso come somma dei capitali assicurati relativi ai singoli versamenti, è rivalutato, con le modalità previste nel punto 5 della presente Nota informativa, fino alla data di richiesta del riscatto stesso. L'operazione è consentita solo se la prestazione residua non è inferiore a 2.000,00 Euro.

L'operazione di riscatto totale risolve il contratto e lo rende privo di qualsiasi valore ed effetto dalla data della richiesta.

A seguito dell'operazione di riscatto parziale, il contratto rimane in vigore per le prestazioni residue e per il premio riproporzionato nella stessa misura; tali informazioni sono comunicate con apposita appendice. Per ottenere informazioni sul valore di riscatto ci si può rivolgere a Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italico - Direzione Vita, Via Mazzini, 53 - 10123 Torino - telefono: 800 113168 - telefax: 011 0029828 - email: inforiscatti.vita@toroassicurazioni.it.

Si precisa che in caso di riscatto nei primi anni può verificarsi l'eventualità che l'importo ottenuto sia inferiore al premio versato.

Indicazioni sull'evoluzione dei valori di riscatto sono reperibili dal Progetto esemplificativo generico di cui alla Sezione F della Nota Informativa; i valori puntuali relativi al contratto sottoscritto dal Contraente sono contenuti nel Progetto personalizzato ad esso allegato.

12. REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente, fintanto che il contratto non è ancora concluso (vedere il precedente punto 10), ha la facoltà di revocare la Proposta di Assicurazione dandone comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Società restituisce al Contraente gli importi eventualmente già pagati al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute di cui al punto 7.1.1 della presente Nota Informativa a condizione che siano quantificate nella proposta.

13. DIRITTO DI RECESSO

Una volta concluso il contratto, il Contraente può recedere dal contratto medesimo.

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

- 1) il Contraente deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata - la propria volontà di esercitare il diritto di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto;
- 2) la dichiarazione di recesso deve essere inoltrata entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata. Entro 30 giorni dalla comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese di emissione Polizza indicate in Proposta e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

14. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA SOCIETÀ PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La Società esegue i pagamenti delle somme dovute, per qualsiasi causa, previa consegna della documentazione necessaria a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo e ad individuare gli aventi diritto.

L'elenco della documentazione che deve essere consegnata è riportato all'Art.11 delle Condizioni di Assicurazione.

Il pagamento viene effettuato entro 30 giorni dalla consegna della documentazione richiesta.

15. PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile 2° comma, il diritto alle prestazioni derivanti dal contratto di assicurazione si prescrive in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Come previsto dalla Legge 23 dicembre 2005 n. 166 (come da ultimo modificata con Legge 4 dicembre 2008 n. 190) gli importi dovuti ai Beneficiari dei contratti di assicurazione sulla vita, non reclamati entro il termine di prescrizione di cui sopra, devono essere obbligatoriamente devoluti al Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze con la predetta Legge 166/2005.

16. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana.

17. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

Il contratto e ogni documento ad esso collegato sono redatti in lingua italiana.

18. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Toro Assicurazioni Divisione Lloyd Italico - Servizio Reclami - via Mazzini 53, 10123 Torino; telefax: 011.0029.893; e-mail: servizio.reclami@lia.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; telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

19. ULTERIORE INFORMATIVA DISPONIBILE

La Società si dichiara disponibile a consegnare, su richiesta del Contraente, l'ultimo rendiconto della gestione del fondo che è comunque disponibile sul sito internet della Compagnia all'indirizzo www.lloyditalico.it.

20. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Società si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa o nel Regolamento del fondo intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

La Società si impegna altresì a trasmettere, entro sessanta giorni da ogni anniversario di Polizza, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa, contenente le seguenti informazioni:

- a) cumulo dei premi versati dal perfezionamento del contratto alla data di riferimento dell'estratto conto precedente e valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto precedente;
- b) dettaglio dei premi versati nell'anno di riferimento;
- c) valore dei riscatti parziali rimborsati nell'anno di riferimento;
- d) valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto;
- e) valore di riscatto maturato alla data di riferimento dell'estratto conto;
- f) tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione, aliquota di retrocessione del rendimento riconosciuta, tasso annuo di rendimento retrocesso tenuto conto del rendimento minimo trattenuto dalla Società, tasso annuo di rivalutazione delle prestazioni.

21. COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Al presente contratto non si applica il disposto dell'Art. 1926 del Codice Civile in caso di modifica di professione dell'Assicurato: nessuna comunicazione in merito deve quindi essere resa alla Società.

F. Progetto esemplificativo delle prestazioni

La presente elaborazione costituisce una esemplificazione dello sviluppo delle prestazioni assicurate e dei valori di riscatto previsti dal contratto. L'elaborazione viene effettuata in base ad una predefinita combinazione di premio, sesso ed età dell'Assicurato.

Gli sviluppi delle prestazioni rivalutate e dei valori di riscatto di seguito riportati sono calcolati sulla base di due diversi valori:

- a) il tasso di rendimento minimo garantito contrattualmente;
- b) un'ipotesi di rendimento annuo costante stabilito dall'ISVAP e pari, al momento di redazione del presente Progetto, al 4%, a cui viene applicato il rendimento trattenuto contrattualmente previsto.

I valori sviluppati in base al tasso minimo garantito in caso di decesso rappresentano le prestazioni certe che l'impresa è tenuta a corrispondere, laddove il contratto sia in regola con il versamento del premio, in base alle condizioni di polizza e non tengono pertanto conto di ipotesi su future partecipazioni agli utili.

I valori sviluppati in base al tasso di rendimento stabilito dall'ISVAP sono meramente indicativi e non impegnano in alcun modo l'Impresa. Non vi è infatti nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente. I risultati conseguibili dalla gestione degli investimenti potrebbero discostarsi dalle ipotesi di rendimento impiegate.

Sviluppo delle prestazioni e dei valori di riscatto in base a:

A. Tasso di rendimento minimo garantito

- Tasso minimo garantito:		- Sesso dell'Assicurato:	maschio
Prestazione in caso di decesso:	2,00%	- Premio unico:	20.000,00 Euro
Prestazione in caso di riscatto:	0,00%	- Costo fisso di emissione:	30,00 Euro
- Età dell'Assicurato:	55 anni	- Prestazione caso morte iniziale:	19.658,47 Euro

Anni trascorsi	Prestazione caso morte (*)	Riscatto (*)
1	Euro 20.051,64	Euro 19.658,47
2	Euro 20.452,67	Euro 19.658,47
3	Euro 20.861,72	Euro 19.658,47
4	Euro 21.278,96	Euro 19.658,47
5	Euro 21.704,54	Euro 19.658,47
6	Euro 22.138,63	Euro 19.658,47
7	Euro 22.581,40	Euro 19.658,47
8	Euro 23.033,03	Euro 19.658,47
9	Euro 23.493,69	Euro 19.658,47
10	Euro 23.963,56	Euro 19.658,47
11	Euro 24.442,83	Euro 19.658,47
12	Euro 24.931,69	Euro 19.658,47
13	Euro 25.430,32	Euro 19.658,47
14	Euro 25.938,93	Euro 19.658,47
15	Euro 26.457,71	Euro 19.658,47
16	Euro 26.986,86	Euro 19.658,47
17	Euro 27.526,60	Euro 19.658,47
18	Euro 28.077,13	Euro 19.658,47
19	Euro 28.638,68	Euro 19.658,47
20	Euro 29.211,45	Euro 19.658,47
21	Euro 29.795,68	Euro 19.658,47
22	Euro 30.391,59	Euro 19.658,47
23	Euro 30.999,42	Euro 19.658,47
24	Euro 31.619,41	Euro 19.658,47
25	Euro 32.251,80	Euro 19.658,47
...

(*) I valori devono intendersi calcolati alla fine dell'annualità assicurativa e sono riportati al lordo delle imposte di legge.

L'operazione di riscatto comporta una penalizzazione economica. Come si evince dalla tabella, il recupero dei premi versati non è garantito.

Qualora venga applicato lo sconto relativo all'iniziativa "REINVESTIMENTO" illustrato al punto 8 della presente Nota Informativa le prestazioni risulteranno superiori a quanto sopra indicato.

Sviluppo delle prestazioni e dei valori di riscatto in base a:

B. Ipotesi di rendimento finanziario

- Rendimento finanziario:	4%	- Premio unico:	20.000,00 Euro
- Valore trattenuto:	1,2%	- Costo fisso di emissione:	30,00 Euro
- Et� dell'Assicurato:	55 anni	- Prestazione caso morte iniziale:	19.658,47 Euro
- Sesso dell'Assicurato:	maschio		

Anni trascorsi	Prestazione caso morte (*)	Riscatto (*)
1	20.208,91	20.208,91
2	20.774,75	20.774,75
3	21.356,45	21.356,45
4	21.954,43	21.954,43
5	22.569,15	22.569,15
6	23.201,09	23.201,09
7	23.850,72	23.850,72
8	24.518,54	24.518,54
9	25.205,06	25.205,06
10	25.910,80	25.910,80
11	26.636,30	26.636,30
12	27.382,12	27.382,12
13	28.148,82	28.148,82
14	28.936,98	28.936,98
15	29.747,22	29.747,22
16	30.580,14	30.580,14
17	31.436,39	31.436,39
18	32.316,61	32.316,61
19	33.221,47	33.221,47
20	34.151,67	34.151,67
21	35.107,92	35.107,92
22	36.090,94	36.090,94
23	37.101,49	37.101,49
24	38.140,33	38.140,33
25	39.208,26	39.208,26
...

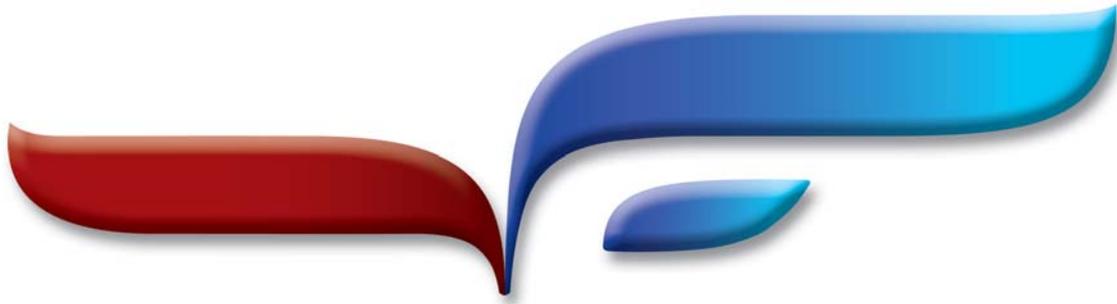
(*) I valori devono intendersi calcolati alla fine dell'annualit  assicurativa e sono riportati al lordo delle imposte di legge.

Qualora venga applicato lo sconto relativo all'iniziativa "REINVESTIMENTO" illustrato al punto 8 della presente Nota Informativa le prestazioni risulteranno superiori a quanto sopra indicato.

La Toro Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.



Toro Assicurazioni S.p.A.
Presidente e Amministratore Delegato
Dott. Luigi de Pupi



VIVIFUTURO

GESTIONE ASSICURATIVA

**Contratto di assicurazione a vita intera
con capitale rivalutabile
a premio unico e premi unici aggiuntivi**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni generali di assicurazione della Soluzione VIVIFUTURO

ART. 1 CARATTERISTICHE DELLA SOLUZIONE VIVIFUTURO

La Soluzione VIVIFUTURO consente al Contraente di sottoscrivere più contratti assicurativi come di seguito indicati:

a) Coperture assicurative vita

- VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA: assicurazione a vita intera con capitale rivalutabile a premio unico e premi unici aggiuntivi;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA: assicurazione di rendita vitalizia immediata anticipata a premio annuo rivalutabile o a premio unico, pagabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana.

b) Coperture assicurative danni

- VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA.

ART. 2 REQUISITI PER LA SOTTOSCRIZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Per sottoscrivere le coperture assicurative della Soluzione VIVIFUTURO, il Contraente deve aver sottoscritto e perfezionato almeno il prodotto VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA e almeno una tra la copertura assicurativa vita VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA e le coperture assicurative danni VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE e VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA.

Tutte le coperture assicurative vita e danni sopra indicate devono essere sottoscritte dallo stesso Contraente. L'unico Assicurato delle coperture assicurative vita e almeno uno degli assicurati delle coperture assicurative danni devono coincidere; in ogni caso, al momento della sottoscrizione delle predette coperture assicurative tutti gli assicurati devono avere un'età compresa tra 50 e 70 anni.

Trascorso almeno un anno dalla sottoscrizione dei primi contratti della Soluzione VIVIFUTURO, il Contraente ha la facoltà di sottoscrivere ulteriori coperture assicurative vita e danni appartenenti alla Soluzione stessa, ad esclusione del prodotto VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA.

ART. 3 PERDITA DEI REQUISITI PER LA SOTTOSCRIZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Il Contraente perde la facoltà di sottoscrivere nuove coperture assicurative della Soluzione VIVIFUTURO se non sono più in vigore le coperture assicurative alle condizioni di cui al primo capoverso dell'Art. 2.

ART. 4 PERDITA DEI REQUISITI PER EFFETTUARE ULTERIORI VERSAMENTI NEL PRODOTTO VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA

In deroga alle Condizioni di polizza di VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il Contraente perde la facoltà di effettuare versamenti aggiuntivi nell'ipotesi di perdita dei requisiti di cui all'Art. 3.

ART. 5 MODALITÀ DI VERSAMENTO DEI PREMI

Ad integrazione delle condizioni contrattuali previste dalle coperture assicurative vita e danni, a condizione che sia trascorso almeno un anno dalla sottoscrizione della polizza VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il Contraente ha la facoltà di riscattare parzialmente, alle condizioni di cui all'Art. 7 delle condizioni contrattuali della polizza VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il capitale assicurato nella predetta copertura assicurativa vita, alle date di scadenza dei premi delle coperture assicurative danni, e/o

della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** eventualmente sottoscritte dal Contraente stesso.

Ogni riscatto parziale, al netto di eventuali imposte, sarà pari all'importo dei premi da corrispondere per le coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**. L'importo liquidato sarà pertanto utilizzato per i premi in scadenza delle coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, in vigore. Il Contraente esprime tale facoltà sottoscrivendo apposita autorizzazione riportata nella proposta di assicurazione del prodotto **VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA**.

A seguito dell'autorizzazione a procedere ai riscatti parziali da parte del Contraente non sarà possibile il frazionamento infrannuale del versamento dei premi delle coperture assicurative danni, e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** eventualmente sottoscritte dal Contraente.

Il Contraente viene informato, annualmente, con comunicazione da parte della Società dell'operazione di riscatto parziale e ha comunque la facoltà di revocare il riscatto parziale comunicando tale volontà alla Società almeno 60 giorni prima della data di scadenza dei premi delle coperture assicurative danni sottoscritte e **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**.

Nel caso in cui perda effetto l'autorizzazione ai riscatti parziali rilasciata dal Contraente, resta fermo l'obbligo per il Contraente al pagamento dei premi in scadenza delle coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** nei termini previsti dalle rispettive condizioni di assicurazione.

Condizioni di assicurazione di VIVIFUTURO Gestione Assicurativa

PREMESSA

Le condizioni contrattuali di seguito riportate si riferiscono al prodotto vita VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA relativo alla Soluzione VIVIFUTURO.

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il contratto è disciplinato dalle Condizioni Generali di Assicurazione della Soluzione VIVIFUTURO e dalle Condizioni di assicurazione di VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA.

Parte 1 - Prestazioni dell'assicurazione

ART. 1 PRESTAZIONI

VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA prevede all'emissione il versamento di un premio unico iniziale e successivamente di eventuali premi unici aggiuntivi di importo variabile.

Ad ogni versamento corrisponde un capitale assicurato iniziale.

La Società corrisponde alla morte dell'Assicurato il capitale assicurato, inteso come somma dei capitali assicurati rivalutati fino alla data del decesso, secondo quanto previsto nella "Clausola di rivalutazione" (Art. 10).

La prestazione liquidabile non può essere inferiore alla somma dei capitali assicurati iniziali relativi a ciascun versamento, capitalizzati, in forma composta, al "tasso minimo garantito", per il periodo intercorrente tra la data di decorrenza del versamento e la data di decesso dell'Assicurato.

Il "capitale assicurato" iniziale è indicato in polizza e il "tasso minimo garantito" è uguale al 2% annuo.

ART. 2 BENEFICIARIO

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione, comunicandola per iscritto alla Società o per testamento.

La designazione del Beneficiario non può essere revocata o 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 nell'Art. 1, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Diritto proprio del Beneficiario

Il Beneficiario acquisisce, 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 2 - Conclusione del contratto

ART. 3 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 del premio unico:

- 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 del premio unico è effettuato dopo tali date il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento.

ART. 4 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 alla Direzione della Società con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

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.

Nella fase che precede la conclusione del contratto il proponente ha sempre la facoltà di revocare la Proposta di Assicurazione.

ART. 5 DURATA DEL CONTRATTO

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

Parte 3 - Premio

ART. 6 VERSAMENTO DEI PREMI

VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA prevede all'emissione il versamento di un premio unico iniziale e successivamente di eventuali premi unici aggiuntivi di importo variabile.

I premi unici aggiuntivi sono possibili trascorso un anno dalla decorrenza e non oltre il 75° anno di età dell'Assicurato.

Il Contraente può esclusivamente utilizzare le seguenti procedure alternative per il pagamento del premio:

- assegno "non trasferibile" intestato a "TORO ASSICURAZIONI S.p.A." oppure bonifico bancario effettuato direttamente su un conto corrente della TORO ASSICURAZIONI S.p.A.;
- assegno "non trasferibile" intestato all'Agente quale "Titolare del mandato in qualità di Agente della Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italico" o bonifico effettuato direttamente su un conto corrente dell'Agente quale "Titolare del mandato in qualità di Agente della Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italico".

Parte 4 - Vicende contrattuali

ART. 7 RISCATTO

VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, su richiesta scritta del Contraente, è riscattabile totalmente o parzialmente purché sia trascorso almeno un anno dalla sua decorrenza e sia in vita l'Assicurato.

L'importo relativo al riscatto totale è pari al capitale assicurato, inteso come somma dei capitali assicurati relativi ai singoli versamenti, rivalutato fino alla ricorrenza annuale che precede o coincide con la data di richiesta, in base alle modalità riportate nella "Clausola di rivalutazione" (Art. 10).

L'importo di riscatto parziale si ottiene applicando gli stessi criteri e le stesse modalità del riscatto totale ad una quota del "capitale assicurato", inteso come somma dei capitali assicurati relativi ai singoli versamenti. La quota riscattabile parzialmente non può essere inferiore a 2.000,00 Euro e la prestazione residua non può essere inferiore a 2.000,00 Euro.

In deroga a quanto sopra riportato, qualora il riscatto parziale avvenga a seguito delle disposizioni previste all'Art. 5 delle Condizioni Generali di Assicurazione della Soluzione VIVIFUTURO, il capitale assicurato, inteso come somma dei capitali assicurati relativi ai singoli versamenti, è rivalutato, in base alle modalità riportate nella "Clausola di rivalutazione" (Art. 10), fino alla data di richiesta del riscatto stesso. L'operazione è consentita solo se la prestazione residua non è inferiore a 2.000,00 Euro.

L'operazione di riscatto totale risolve il contratto e lo rende privo di qualsiasi valore ed effetto dalla data della richiesta.

A seguito dell'operazione di riscatto parziale il contratto rimane in vigore per le prestazioni residue e per il premio riproporzionato nella stessa misura; tali informazioni sono comunicate con apposita appendice. Le prestazioni continuano ad essere rivalutate ad ogni ricorrenza annuale secondo le modalità riportate nella clausola di rivalutazione.

ART. 8 IMPOSTE E TASSE

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

ART. 9 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 5 - Rivalutazione delle prestazioni

ART. 10 CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE

VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA prevede la rivalutazione annuale della prestazione in funzione del rendimento conseguito dalla gestione interna separata denominata "RISPAV".

I criteri e le modalità sono riportati nei successivi paragrafi e nel Regolamento del Fondo RISPAV allegato.

10a. Misura della rivalutazione

La Società determina, entro il giorno 1 del mese che precede l'anniversario della decorrenza, il rendimento annuo da attribuire alla polizza.

Il rendimento annuo si ottiene sottraendo al rendimento del Fondo RISPAV conseguito nel periodo di riferimento 1,2 punti percentuali assoluti.

Per periodo di riferimento si intendono i dodici mesi che precedono il terzo mese antecedente la ricorrenza dell'anniversario.

Il rendimento del Fondo RISPAV viene calcolato rapportando il risultato finanziario del Fondo nel periodo di riferimento al valore medio del Fondo nello stesso periodo.

Per risultato finanziario e per valore medio del Fondo RISPAV si intende quanto definito nell'art. 3 del Regolamento (commi 2 e 4), relativamente al periodo considerato anziché all'esercizio.

Qualora la misura annua di rivalutazione risulti negativa, viene posta uguale a zero.

In ogni caso, se il risultato del Fondo supera il 6,00%, il rendimento trattenuto aumenta dello 0,10% ogni 0,50% di incremento del risultato stesso.

Nel caso di morte dell'Assicurato, la misura di rivalutazione si calcola con il rendimento annuo conseguito nell'esercizio costituito dai dodici mesi che precedono il terzo mese antecedente a quello della data della morte.

10b. Garanzia minima

Per la prestazione in caso di decesso è prevista una garanzia minima della misura di rivalutazione uguale al 2,00% annuo composto.

10c. Rivalutazione annuale

Ad ogni ricorrenza annuale del contratto il capitale assicurato, inteso come somma dei capitali assicurati relativi ai singoli versamenti, in vigore alla ricorrenza annuale precedente, è aumentato della misura annua di rivalutazione, come definita ai precedenti punti 10a e 10b.

L'aumento del capitale assicurato verrà annualmente comunicato al Contraente.

A fronte di premi versati successivamente alla ricorrenza annuale precedente, la misura annua di rivalutazione si applica, in forma composta ai relativi capitali assicurati iniziali, per il periodo intercorrente tra la data di decorrenza del premio versato e la ricorrenza annuale successiva.

Per il calcolo dell'importo da liquidare a seguito della morte dell'Assicurato, in data diversa dalla ricorrenza annuale, la misura annua di rivalutazione per la determinazione della prestazione assicurata è applicata, in forma composta, per il periodo intercorrente tra l'ultima ricorrenza annuale e la data della morte. A fronte di premi versati successivamente a quest'ultima ricorrenza annuale, la misura annua di rivalutazione si applica, in forma composta, ai relativi capitali assicurati iniziali, per il periodo intercorrente tra la data di decorrenza del premio versato e la data di decesso.

Parte 6 - Pagamenti della società

ART. 11 MODALITÀ DI RICHIESTA PER I PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Per tutti i pagamenti deve essere presentata alla Società 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 comprensivo delle eventuali appendici.

Le informazioni per la corretta redazione della richiesta sono disponibili presso le Agenzie.

In particolare i documenti necessari per le richieste di liquidazione sono:

a) *in caso di riscatto*

- regolare documento di identità (anche in fotocopia) del Contraente o dell'avente diritto;
- originali dei documenti contrattuali;
- un certificato di esistenza in vita dell'Assicurato se non coincidente con il Contraente o con l'avente diritto;

b) *in caso di morte dell'Assicurato*

- regolare documento di identità e codice fiscale (anche in fotocopia) del Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- originali dei documenti contrattuali;
- originale dell'atto di notorietà, redatto in Tribunale o presso un notaio, da cui risulti:
 - a) se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento;
 - b) se il testamento stesso, di cui deve essere rimessa copia autentica, è l'unico od ultimo valido e non impugnato;
 - c) l'elenco di tutti gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato, con l'indicazione delle complete generalità, del codice fiscale, dell'età e della capacità di agire di ciascuno di essi;
 - d) in presenza di eredi legittimi, ricorrendone le circostanze, dichiarazione di non gestazione della vedova che non abbia superato il 55° anno di età;
 - e) in presenza fra gli aventi diritto di minori od incapaci, originale del decreto del Giudice Tutelare

che autorizzi l'esercente la patria potestà od il tutore alla riscossione della somma spettante ai minori od incapaci, indicando anche le modalità per il reinvestimento di tale somma, con onere per la Società di ogni responsabilità.

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

La Società esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta scritta, corredata della documentazione completa. Qualora la documentazione sia incompleta, il predetto termine di trenta giorni decorre dal ricevimento di tutta la documentazione necessaria.

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

Ogni pagamento viene effettuato mediante bonifico bancario su conto corrente intestato all'avente diritto e da lui indicato per iscritto alla Società al momento della consegna dei documenti sopra indicati oppure con assegno.

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).

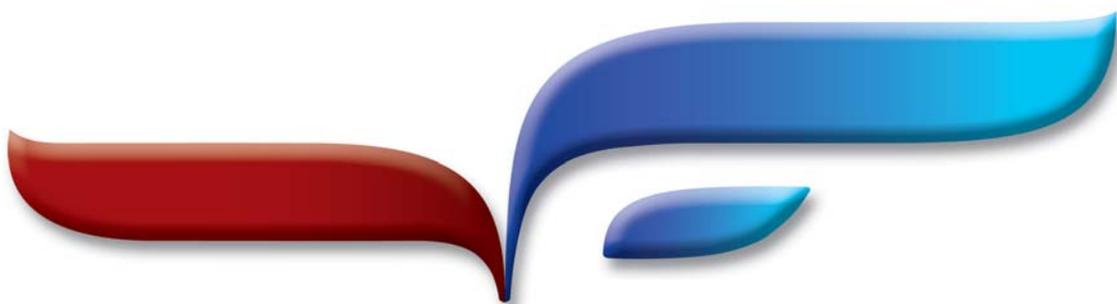
ART. 12 PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile 2° comma, il diritto alle prestazioni derivanti dal contratto di assicurazione si prescrive in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Come previsto dalla L. 23 dicembre 2005 n. 166 (come da ultimo modificata con L. 4 dicembre 2008 n. 190) gli importi dovuti ai Beneficiari dei contratti di assicurazione sulla vita, non reclamati entro il termine di prescrizione di cui sopra, devono essere obbligatoriamente devoluti al Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze con la predetta Legge 166/2005.

Regolamento Fondo RISPAV - Allegato alle Condizioni di Assicurazione

1. Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della TORO ASSICURAZIONI S.p.A., che viene contraddistinta con il nome “Riserva Speciale Polizze Assicurati Vita” ed indicata in seguito con la sigla “RISPAV”.
 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 del Fondo RISPAV.
 La gestione del Fondo RISPAV è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo con la circolare n. 71 del 26 marzo 1987, e si atterrà ad eventuali successive disposizioni.
2. La gestione del Fondo RISPAV è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di revisione iscritta all'Albo di cui al D.Lgs. 24 febbraio 1998 n. 58, la quale attesta la rispondenza del Fondo al presente regolamento.
 In particolare sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite al Fondo, il rendimento annuo del Fondo, quale descritto al seguente punto 3. e l'adeguatezza dell'ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Società sulla base delle riserve matematiche.
3. Il rendimento annuo del Fondo RISPAV per l'esercizio relativo alla certificazione si ottiene rapportando il risultato finanziario del Fondo RISPAV di competenza di quell'esercizio al valore medio del Fondo stesso.
 Per risultato finanziario del Fondo RISPAV si devono intendere i proventi finanziari di competenza dell'esercizio - compresi gli utili e le perdite di realizzo per la quota di competenza del Fondo RISPAV - 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 del Fondo e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nel Fondo per i beni già di proprietà della Società.
 Per valore medio del Fondo RISPAV 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 del Fondo.
 La consistenza media annua dei titoli e delle altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione nel Fondo RISPAV. Ai fini della determinazione del rendimento annuo del Fondo l'esercizio relativo alla certificazione decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre del medesimo anno.
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.



VIVIFUTURO

GESTIONE ASSICURATIVA

**Contratto di assicurazione a vita intera
con capitale rivalutabile
a premio unico e premi unici aggiuntivi**

GLOSSARIO

Annualità assicurativa

La prima annualità assicurativa coincide con il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima ricorrenza annuale.

Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra due consecutive ricorrenze annuali del contratto.

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.

Composizione della gestione separata

Informazione sulle principali tipologie di strumenti finanziari o altri attivi in cui è investito il patrimonio della gestione separata.

Condizioni di polizza

Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Consolidamento

Meccanismo in base al quale il rendimento attribuito annualmente, e quindi la rivalutazione delle prestazioni assicurate, sono definitivamente acquisiti dal contratto e conseguentemente le prestazioni stesse possono solo aumentare e mai diminuire.

Contraente

La persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento del relativo premio.

Costi (o spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Società.

Costi accessori (o costi fissi, o diritti fissi, o costi di emissione, o spese di emissione)

Oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

Data di decorrenza

La data di riferimento, indicata in polizza, per il calcolo delle prestazioni contrattuali.

Gestione separata di attivi

Termine con cui è indicata una speciale forma di gestione interna degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, che consente di attribuire, al contratto ad essa collegata, 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

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del Contratto di Assicurazione; la suddetta prova può anche essere costituita da una lettera di accettazione da parte della Società della Proposta sottoscritta dal Contraente.

Premio

L'importo che il Contraente corrisponde alla Società.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai Contratti di Assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di due anni.

Prestazione assicurata

Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società corrisponde al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Proposta di assicurazione

Il documento con il quale il Contraente chiede alla Società di stipulare un contratto di assicurazione.

Ricorrenza annuale del contratto

L'anniversario della data di decorrenza.

Riscatto

Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni contrattuali.

Società (di Assicurazione)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di Assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di Assicurazione.

Società di Revisione

Società diversa dalla Società di Assicurazione, prescelta nell'ambito di un apposito albo cui tali Società possono essere iscritte soltanto se godono di determinati requisiti, che controlla e certifica i risultati della gestione separata.

Tasso minimo garantito

Il rendimento finanziario annuo minimo riconosciuto sulle prestazioni, alla scadenza o a seguito del decesso dell'Assicurato, che Assicurazioni Generali S.p.A. garantisce al Beneficiario al momento della liquidazione.



PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA
TAR. 187S - VITA INTERA A PREMIO UNICO

NUMERO CARTELLINA VIVIFUTURO		NUMERO PROPOSTA	AGENZIA	CODICE AGENZIA		CODICE PRODUTTORE	CODICE INCASSO		
CONTRAENTE (TITOLO - COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE)						CODICE FISCALE			
DOMICILIO ABITUALE / SEDE LEGALE				COMUNE	PROVINCIA	NAZIONE	C.A.P.		
ASSICURATO (TITOLO - COGNOME E NOME)						CODICE FISCALE			
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	PROV. NASCITA	NAZ. NASCITA	DATA NASCITA	PROFESSIONE	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> SD
SESSO		PROV. NASCITA	NAZ. NASCITA	DATA NASCITA	PROFESSIONE	STATO CIVILE *		N. FIGLI	
DOMICILIO ABITUALE				COMUNE	PROVINCIA	NAZIONE	C.A.P.		
NAZIONALITA'		DURATA	Totale Euro PREMIO UNICO		Totale Euro CAPITALE ASSICURATO				

*CN = celibe/hubile C = coniugato/a V = vedovo/a SD = separato/a - divorziato/a

BENEFICIARI in caso di morte dell'Assicurato

Il versamento del premio costituisce condizione essenziale ma non sufficiente ai fini della conclusione del contratto assicurativo. La Società provvederà a comunicare per iscritto l'accettazione e la trasformazione in polizza della presente proposta ed il relativo numero definitivo.

Qualora il Contraente sia persona fisica diversa dall'Assicurato, in caso di suo decesso, nella contraenza della polizza subentra, con i relativi diritti e doveri e compresa la facoltà di revocare la designazione beneficiaria, l'Assicurato stesso.

Il Contraente si impegna a comunicare alla Società le variazioni del proprio domicilio abituale o, se persona giuridica, della propria sede.

REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA / DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

Prima della conclusione del contratto, la proposta è revocabile, successivamente il Contraente può recedere dal contratto. Le relative modalità sono riportate nel Fascicolo Informativo. In ogni caso la Società ha diritto a recuperare il diritto fisso di polizza di Euro 30,00 per spese di emissione del contratto.

I sottoscritti Contraente ed Assicurato:

- sono a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, riportate nella presente proposta, possono compromettere il diritto alla prestazione in quanto le garanzie operano, in rapporto alle dichiarazioni sopra riportate, a norma degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO

Il sottoscritto Contraente autorizza

La Società, una volta concluso e perfezionato il contratto VIVIFUTURO Gestione Assicurativa, a riscattare parzialmente la predetta copertura assicurativa VIVIFUTURO Gestione Assicurativa, con le modalità previste dalle condizioni generali di assicurazioni della Soluzione VIVIFUTURO, alle date di scadenza premi delle coperture assicurative Danni, e/o della copertura assicurativa VIVIFUTURO Protezione Autonomia della Soluzione VIVIFUTURO, eventualmente sottoscritte dal Contraente stesso.

Ogni riscatto parziale, al netto di eventuali imposte, sarà uguale all'importo dei premi da corrispondere per le coperture assicurative Danni e/o della copertura assicurativa VIVIFUTURO Protezione Autonomia. L'importo liquidato sarà pertanto utilizzato per i premi in scadenza delle coperture assicurative Danni e/o della copertura assicurativa VIVIFUTURO Protezione Autonomia, in vigore.

Il Contraente viene informato annualmente con comunicazione da parte della Società della operazione di riscatto parziale e ha comunque la facoltà di revocare il riscatto parziale comunicando tale volontà alla società almeno 60 giorni prima della data di scadenza dei premi delle coperture assicurative Danni e VIVIFUTURO Protezione Autonomia eventualmente sottoscritte.

LUOGO E DATA

IL CONTRANTE

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver sottoscritto il questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto;
- di aver avuto completa ed esaustiva soddisfazione rispetto a tutti i quesiti formulati prima della sottoscrizione del presente documento;
- di aver preso atto di quanto contenuto nel modulo n. S99L-555 relativo all'informativa sul trattamento dei dati personali resa ai sensi dell'Art. 13 D. Lgs. 196/03 che costituisce allegato della presente proposta;
- di aver ricevuto il Progetto Esemplificativo Personalizzato.

Avvertenza Il contraente/Assicurato ha la possibilità di ricevere i Fascicoli informativi della Soluzione VIVIFUTURO su supporto cartaceo o su supporto duraturo in formato CD-ROM.

Preso atto di quanto innanzi indicato, il Contraente/Assicurato dichiara inoltre per propria scelta di aver ricevuto:

- il Fascicolo Informativo modello n. S11L-186 su supporto cartaceo, completo di tutta la documentazione elencata in copertina;
- il CD-ROM riportante la seguente dicitura: "Soluzione VIVIFUTURO" e contenente il Fascicolo Informativo modello n. S11L-186 in formato elettronico, completo di tutta la documentazione elencata in copertina;

e di aver preso atto di quanto in esso contenuto, di cui la presente proposta costituisce parte integrante.

IL CONTRAENTE

L'AGENTE

L'ASSICURATO

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Per il pagamento del premio il Contraente può esclusivamente utilizzare le seguenti procedure alternative:

- assegno "non trasferibile" intestato a "TORO ASSICURAZIONI S.p.A." oppure bonifico bancario effettuato direttamente su un conto corrente della TORO ASSICURAZIONI S.p.A.;
- assegno "non trasferibile" intestato all'Agente quale "Titolare del mandato in qualità di Agente della Toro Assicurazioni S.p.A.- Divisione Lloyd Italico" o bonifico effettuato direttamente su un conto corrente dell'Agente quale "Titolare del mandato in qualità di Agente della Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italico".

ATTENZIONE: nel caso di pagamento del premio con mezzi non direttamente indirizzati all'Impresa, ovvero all'Agente nella sua qualità di intermediario dell'impresa, la prova dell'avvenuto pagamento del premio alla Società è rappresentata dalla indicazione dell'importo pagato e dalla apposizione della firma del Soggetto(**) che provvede materialmente alla riscossione delle somme e alla raccolta della presente proposta.

Ricevo la somma di _____ quale premio unico per la stipulazione della polizza di cui alla presente proposta; si precisa che il pagamento del premio, non costituisce conclusione del contratto assicurativo. Attesto che sul presente modulo firmato dal Contraente e dall'Assicurato, non sono state apportate modifiche, aggiunte o integrazioni.

Si riceve, salvo buon fine agli effetti della garanzia, Assegno N° _____ Banca _____

(**) GENERALITA' DEL SOGGETTO CHE PROVVEDE ALLA RISCOSSIONE IN LUOGO DELL'AGENTE _____

DATA

FIRMA DI CHI PROVVEDE ALLA RISCOSSIONE DEL PREMIO

L'importo del premio è stato registrato a cassa il _____ foglio _____ riga _____



Tutti i dati contenuti nei documenti
facenti parte del Fascicolo informativo
sono aggiornati al 31/05/2009

VIVIFUTURO
Lloyd Italo
DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI



TORO ASSICURAZIONI S.p.A. a socio unico - Codice fiscale e Registro Imprese di Torino n. 13432270158 - CCIAA Torino n. 1013376 - Capitale Sociale Euro 184.173.606 i.v. - Part. Iva 13432270158 - Sede Legale: Via Mazzini 53, 10123 Torino - Impresa iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00148 ed appartenente al gruppo Generali iscritto all'albo dei gruppi assicurativi - Società diretta e coordinata da Assicurazioni Generali S.p.A.

Divisione Lloyd Italo - Sede: via Fieschi, 9 - 16121 Genova - tel. 010/53801 - fax 010/592856



VIVIFUTURO

PROTEZIONE AUTONOMIA

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

Il presente Fascicolo Informativo contenente

- a) *Nota Informativa;*
- b) *Condizioni di Assicurazione;*
- c) *Glossario;*
- d) *Modulo di Proposta;*

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa



VIVIFUTURO

PROTEZIONE AUTONOMIA

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

NOTA INFORMATIVA

A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. INFORMAZIONI GENERALI

La Toro Assicurazioni S.p.A. (di seguito "Società") è una Società per Azioni con sede legale in Italia. La Società è iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00148 ed appartiene al Gruppo Generali iscritto all'albo dei gruppi assicurativi.

La Sede Legale e la Direzione Generale si trovano in Via Mazzini, 53 - 10123 Torino - Italia.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2285 del 22 giugno 2004 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 154 del 3 luglio 2004 (già autorizzata a norma Regio Decreto Legge 29 aprile 1923 n. 966).

Società di Revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A. con sede legale in via G.D. Romagnosi, 18/a - 00196 Roma - Italia.

Sede della Divisione Lloyd Italico: Italia - via Fieschi, 9 - 16121 Genova

Telefono 010 53801. Indirizzo telematico: www.lloyditalico.it - e-mail: info@lloyditalico.it

2. CONFLITTO D'INTERESSI

Sulla base delle procedure di monitoraggio messe in atto dalla Società, non sono state individuate situazioni in cui la medesima, nella commercializzazione del presente prodotto, operi direttamente o indirettamente in una situazione di conflitto di interessi, anche derivante da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di Società del Gruppo.

La Società, pur in presenza di situazioni di conflitto di interessi, è tenuta comunque ad operare in modo tale da non recare pregiudizio agli investitori-contraenti e ad ottenere il miglior risultato possibile indipendentemente dall'esistenza di tali situazioni.

Nel patrimonio della gestione separata il peso percentuale degli investimenti in strumenti finanziari o altri attivi emessi o gestiti da soggetti del medesimo gruppo di appartenenza della Società non supera complessivamente il 5% del totale delle attività della gestione. La Società periodicamente mette in atto procedure interne di monitoraggio finalizzate al rispetto di tale limite.

Per quanto attiene il riconoscimento di utilità retrocesse, sulla base degli accordi stipulati con le società di gestione, una parte significativa delle commissioni che gravano sugli OICR eventualmente presenti nel patrimonio del fondo "RISPAV" viene retrocesso al fondo stesso. L'ammontare di tali commissioni retrocesse è indicato nel rendiconto annuale della gestione interna separata.

La Società assicura che l'investimento finanziario non sia gravato da alcun onere altrimenti evitabile o escluso dalla percezione di utilità ad esso spettanti. La Società non ha stipulato nessun accordo/accordi di riconoscimento di utilità.

B. Informazioni sulle prestazioni assicurative

3. PRESTAZIONI ASSICURATIVE

VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA è un prodotto della Soluzione VIVIFUTURO.

VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA 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.

Prestazione in caso di perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana.

La Società corrisponde al Beneficiario una rendita immediata in caso di perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato.

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

La perdita di autosufficienza avviene quando l'Assicurato non è più in grado, anche parzialmente, di compiere autonomamente le azioni della vita quotidiana quali:

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

Poiché tali azioni possono svolgersi con un diverso grado di autonomia, a questo è attribuito un punteggio, con i criteri indicati nell'allegato 2 (Tabella A) delle Condizioni di Assicurazione, in base al quale è stabilito il livello di non autosufficienza raggiunto dall'Assicurato.

La prestazione è erogata nel caso in cui tale punteggio sia uguale o superiore a 40 punti su un totale massimo di 60 punti.

L'incapacità a compiere gli atti della vita quotidiana deve essere permanente, tuttavia se l'Assicurato dovesse riacquistare l'autosufficienza, cessa l'erogazione della prestazione prevista, pur rimanendo il contratto in vigore.

La rendita è erogata, nella rateazione prescelta dal Contraente, finché l'Assicurato non autosufficiente è in vita ed è uguale alla rendita assicurata iniziale, indicata in polizza, incrementata annualmente per effetto della rivalutazione.

La prestazione può essere richiesta in forma di capitale solo nel caso in cui una parte della rendita assicurata, con i criteri indicati nell'articolo 1 delle Condizioni di assicurazione di Protezione Autonomia, risulti inferiore al cinquanta per cento dell'assegno sociale di cui all'Art. 3 della legge 8 agosto 1995 n. 335. Questo contratto di assicurazione richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società, con costi a suo carico.

In caso di perdita di autosufficienza nel corso del primo anno di assicurazione (periodo di carenza) è prevista, in luogo della prestazione sopra indicata, la restituzione dei versamenti effettuati al netto dei diritti di quietanza e la conseguente risoluzione del contratto.

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 ogni tipologia di prestazione, 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 raccomanda 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.

VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA prevede la corresponsione di un premio unico, o di una successione di premi annui rivalutabili, con le stesse modalità previste per la rivalutazione della prestazione, 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.

Nel caso in cui il Contraente scelga l'assicurazione a premio annuo, sarà possibile corrispondere il premio esclusivamente a cadenza annuale e non saranno ammesse rate infra annuali.

Esclusivamente per l'assicurazione a premio annuo, qualora non vengano corrisposte per intero almeno tre annualità di premio, non matura il diritto alla riduzione della prestazione a scadenza; in tal caso pertanto il contratto rimane privo di qualsiasi effetto ed i premi versati restano acquisiti alla Società. Per la determinazione della prestazione ridotta si rimanda all'Art. 10 delle Condizioni di assicurazione di Protezione Autonomia.

Il Contraente può rifiutare la rivalutazione del premio annuo prevista ad ogni ricorrenza annuale del contratto.

Per esercitare tale facoltà il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società almeno tre mesi prima della ricorrenza annuale del contratto.

In questo caso, ai fini della rivalutazione della rendita assicurata, alla rendita rivalutata con le modalità di cui al successivo punto 5, verrà sottratto un importo che si ottiene moltiplicando la rendita iniziale riproporzionata, come appresso definita, per la misura di rivalutazione di cui al successivo punto 5 e riducendo il prodotto nel rapporto tra il numero degli anni che mancano al termine del pagamento premi ed il numero degli anni di durata del pagamento premi.

Per rendita iniziale riproporzionata si intende il prodotto della rendita inizialmente assicurata per il rapporto fra l'ammontare del premio annuo netto dovuto nell'ultimo anno che precede l'anniversario considerato ed il premio annuo netto iniziale.

Il versamento del premio può essere effettuato esclusivamente con le seguenti modalità alternative:

- assegno "non trasferibile" intestato a "TORO ASSICURAZIONI S.p.A. oppure bonifico bancario effettuato direttamente su un conto corrente della TORO ASSICURAZIONI S.p.A.;
- assegno "non trasferibile" intestato all'Agente quale "Titolare del mandato in qualità di Agente della Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italico" o bonifico effettuato direttamente su un conto corrente dell'Agente quale "Titolare del mandato in qualità di Agente della Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italico".

TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI DEI CONTRATTI DI PURO RISCHIO Premio annuo - Sesso Maschio

Prestazione 6.000,00 Euro - Importi di premio in Euro

Età	Durata pagamento premi (anni)				
	5	10	15	20	25
50	1.021,40	542,60	385,40	308,60	265,40
55	1.122,20	599,60	429,20	347,60	
60	1.224,80	660,20	478,40		
65	1.319,00	723,20			
70	1.394,00				

Prestazione 12.000,00 Euro - Importi di premio in Euro

Età	Durata pagamento premi (anni)				
	5	10	15	20	25
50	2.040,80	1.083,20	768,80	615,20	528,80
55	2.242,40	1.197,20	856,40	693,20	
60	2.447,60	1.318,40	954,80		
65	2.636,00	1.444,40			
70	2.786,00				

Prestazione 18.000,00 Euro - Importi di premio in Euro

Età	Durata pagamento premi (anni)				
	5	10	15	20	25
50	3.060,20	1.623,80	1.152,20	921,80	792,20
55	3.362,60	1.794,80	1.283,60	1.038,80	
60	3.670,40	1.976,60	1.431,20		
65	3.953,00	2.165,60			
70	4.178,00				

Premio Annuo - Sesso FemminaPrestazione 6.000,00 Euro - Importi di premio in Euro

Età	Durata pagamento premi (anni)				
	5	10	15	20	25
50	2.043,80	1.079,00	759,80	602,00	510,20
55	2.241,20	1.185,20	836,60	666,80	
60	2.433,80	1.292,00	918,20		
65	2.602,40	1.392,80			
70	2.713,40				

Prestazione 12.000,00 Euro - Importi di premio in Euro

Età	Durata pagamento premi (anni)				
	5	10	15	20	25
50	4.085,60	2.156,00	1.517,60	1.202,00	1.018,40
55	4.480,40	2.368,40	1.671,20	1.331,60	
60	4.865,60	2.582,00	1.834,40		
65	5.202,80	2.783,60			
70	5.424,80				

Prestazione 18.000,00 Euro - Importi di premio in Euro

Età	Durata pagamento premi (anni)				
	5	10	15	20	25
50	6.127,40	3.233,00	2.275,40	1.802,00	1.526,60
55	6.719,60	3.551,60	2.505,80	1.996,40	
60	7.297,40	3.872,00	2.750,60		
65	7.803,20	4.174,40			
70	8.136,20				

Premio Unico - Sesso Maschio

Premio Unico - Sesso Femmina

Importi di premio in Euro

Importi di premio in Euro

Età	Prestazioni in Euro		
	6.000,00	12.000,00	18.000,00
50	4.599,20	9.196,40	13.793,60
55	5.037,20	10.072,40	15.107,60
60	5.469,80	10.937,60	16.405,40
65	5.840,00	11.678,00	17.516,00
70	6.068,60	12.135,20	18.201,80

Età	Prestazioni in Euro		
	6.000,00	12.000,00	18.000,00
50	9.239,60	18.477,20	27.714,80
55	10.125,20	20.248,40	30.371,60
60	10.981,40	21.960,80	32.940,20
65	11.705,00	23.408,00	35.111,00
70	12.120,20	24.238,40	36.356,60

Gli importi indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti alla professione, alle abitudini di vita ed allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dall'Impresa solo dopo che l'Assicurando abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario sanitario (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica).

5. MODALITÀ DI CALCOLO E DI ASSEGNAZIONE DELLA PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA prevede la rivalutazione annuale della prestazione principale in funzione del rendimento conseguito dalla Gestione interna separata dalle altre attività della Società e denominata "RISPAV". Si rimanda alla successiva Sezione C della presente Nota Informativa per una descrizione dettagliata della Gestione interna separata RISPAV.

Ad ogni ricorrenza annuale è attribuito al contratto il rendimento finanziario realizzato dal Fondo RISPAV; il rendimento attribuito si ottiene al netto di un valore minimo assoluto, trattenuto dalla Società specificato al punto 7.2 di questa Nota Informativa.

La misura annua della rivalutazione delle prestazioni 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 uguale al 2% annuo.

La misura annua di rivalutazione non può in ogni caso risultare negativa: opera pertanto la garanzia di consolidamento annuo del rendimento attribuito al contratto.

C. Informazioni sulla gestione interna separata

6. GESTIONE INTERNA SEPARATA

Le prestazioni del contratto sono rivalutate in funzione del rendimento di una gestione interna separata che viene contraddistinta con il nome “Riserva Speciale Polizze Assicurati Vita” ed indicata in seguito con la sigla “RISPAV”.

Il patrimonio del Fondo RISPAV è espresso in Euro.

Tale Fondo è caratterizzato da una linea di investimento garantita; è adatto a chi intende proteggere nel tempo il valore reale del capitale assicurato mediante l’esplicita garanzia del proprio investimento e perseguire al contempo l’obiettivo di un rendimento annuo garantito e consolidato secondo le modalità indicate al precedente punto 5.

Il rendimento di periodo (definito all’Articolo 3 del “Regolamento”) al quale la Società fa riferimento per determinare la misura della rivalutazione, è calcolato sulla base dei dodici mesi che precedono il terzo mese antecedente la data in cui deve essere calcolata la rivalutazione.

Le principali tipologie di strumenti finanziari presenti nella gestione separata sono titoli di Stato e obbligazioni private, che rappresentano rispettivamente circa il 35% e il 50% delle attività del Fondo.

Non è rilevante il peso degli attivi emessi o gestiti da soggetti del medesimo Gruppo di appartenenza della Società.

La gestione separata è identificabile sotto il profilo del rischio come una gestione prudente del risparmio, che mira all’ottimizzazione dei rendimenti minimizzando i rischi e assumendo a riferimento l’esclusivo interesse dei sottoscrittori.

L’orizzonte temporale di riferimento è medio-lungo, nell’ottica del superamento delle ciclicità negative dei mercati di riferimento, mentre la gestione del portafoglio è dinamica rispetto alle modifiche strutturali dei mercati finanziari mondiali.

Inoltre, la presenza di rendimenti minimi garantiti costituisce una garanzia di redditività particolarmente significativa data l’attuale situazione dei tassi di mercato.

Il soggetto a cui è stata delegata la gestione del Fondo RISPAV è il Dott. Filippo Viglongo.

La Società di Revisione del Fondo è Reconta Ernst & Young S.p.A. con sede legale in via G.D. Romagnosi, 18/a – 00196 ROMA.

Per ulteriori informazioni sulle caratteristiche del Fondo RISPAV si rimanda al “Regolamento del Fondo RISPAV” che forma parte integrante delle condizioni contrattuali.

D. Informazioni sui costi e sul regime fiscale

7. COSTI

7.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

7.1.1. Costi gravanti sul premio

Diritti	
di emissione	Euro 2,00
di quietanza (per la forma a premio annuo)	Euro 2,00

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

Caricamenti	
Costi percentuali	Assicurazione a premio annuo: 15,00%
	Assicurazione a premio unico: 10,00%

I costi percentuali sono applicati al premio al netto dei diritti di quietanza.

7.2. Costi applicati mediante prelievo sul rendimento della Gestione separata

Importo somma premi	Valore trattenuto in punti percentuali assoluti
fino a Euro 9.999,99	1,2%
da Euro 10.000,00 fino a Euro 19.999,99	1,1%
da Euro 20.000,00	1,0%

Se il risultato del Fondo RISPAV supera il 6,00%, tali percentuali si incrementano di 0,10% ogni 0,50% di incremento del risultato stesso.

8. 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 e dall'imposta sulle successioni.

E. Altre informazioni sul contratto

9. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Il contratto si conclude nel momento in cui la Società rilascia al Contraente la polizza o il Contraente riceve per iscritto comunicazione di assenso della Società.

Il contratto entra in vigore a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima annualità di premio, o del 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 del premio è effettuato dopo tali date il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento.

10 . RISOLUZIONE DEL CONTRATTO E SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI (RELATIVO ALL'ASSICURAZIONE A PREMIO ANNUO)

Esclusivamente per l'assicurazione a premio annuo, il Contraente può risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi con l'effetto di sciogliere il contratto stesso, con perdita dei premi già versati, nel caso di mancato pagamento delle prime tre annualità di premio.

Nel caso in cui il Contraente abbia provveduto al pagamento delle prime tre annualità di premio, sospendendo i versamenti, può mantenere in vigore il contratto per una prestazione ridotta, rivalutabile e determinata così come indicato al punto 11 della presente Nota Informativa.

Il contratto può essere riattivato entro un anno dalla data stabilita per il versamento della rata di premio non corrisposto a seguito di richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Società, la quale si riserva la facoltà di 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.

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 la sospensione del piano di versamento dei premi.

11. RISCATTO E RIDUZIONE

Non è previsto un valore di riscatto.

Nella tariffa a premio annuo, 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 ed il numero dei premi annui pattuiti.

La rendita assicurata ridotta continua a rivalutarsi, ad ogni ricorrenza annuale del contratto successiva alla data di interruzione del piano di versamento dei premi, secondo le modalità riportate al punto 5 della presente Nota Informativa.

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.

Per ottenere informazioni sul valore di riduzione ci si può rivolgere a Toro Assicurazioni S.p.A. divisione Lloyd Italico - Direzione Vita, Via Mazzini, 53 - 10123 Torino - telefono: 800 113168 – telefax: 011 0029828 - email: inforiscatti.vita@toroassicurazioni.it

12. REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente, fintanto che il contratto non è ancora concluso (vedere il precedente punto 9), ha la facoltà di revocare la Proposta di Assicurazione dandone comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Società restituisce al Contraente gli importi eventualmente già pagati al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute di cui al punto 7.1.1 della presente Nota Informativa a condizione che siano quantificate nella proposta.

13. DIRITTO DI RECESSO

Una volta concluso il contratto, il Contraente può recedere dal contratto medesimo.

Le modalità di esercizio del recesso sono le seguenti:

- 1) il Contraente deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata - la propria volontà di esercitare il diritto di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto;
- 2) la dichiarazione di recesso deve essere inoltrata entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata. Entro 30 giorni dalla comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese di emissione Polizza indicate in Proposta e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

14. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALLA SOCIETÀ PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Per la liquidazione delle prestazioni assicurate del contratto è necessario fornire alla Società la documentazione indicata all'Articolo "Pagamenti della Società" delle Condizioni di polizza.

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

15. PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile 2° comma, il diritto alle prestazioni derivanti dal contratto di assicurazione si prescrive in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Come previsto dalla Legge 23 dicembre 2005 n. 166 (come da ultimo modificata con Legge 4 dicembre 2008 n. 190) gli importi dovuti ai Beneficiari dei contratti di assicurazione sulla vita, non reclamati entro il termine di prescrizione di cui sopra, devono essere obbligatoriamente devoluti al Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze con la predetta Legge 166/2005.

16. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana.

17. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

Il contratto e ogni documento ad esso collegato sono redatti in lingua italiana.

18. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Toro Assicurazioni Divisione Lloyd Italico - Servizio Reclami - via Mazzini 53, 10123 Torino; telefax: 011.0029.893; e-mail: servizio.reclami@lia.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; telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

19. ULTERIORE INFORMATIVA DISPONIBILE

La Società si dichiara disponibile a consegnare, su richiesta del Contraente, l'ultimo rendiconto della gestione del fondo che è comunque disponibile sul sito internet della Compagnia all'indirizzo www.lloyditalico.it.

20. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Società comunica tempestivamente al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa o nel Regolamento della gestione interna separata, intervenute anche per effetto di eventuali modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

La Società si impegna altresì a trasmettere, entro sessanta giorni da ogni anniversario di Polizza, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa, contenente le seguenti informazioni:

- a) cumulo dei premi versati dal perfezionamento del contratto alla data di riferimento dell'estratto conto precedente e valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto precedente;
- b) dettaglio dei premi versati nell'anno di riferimento;
- c) valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto;
- d) tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione, aliquota di retrocessione del rendimento riconosciuta, tasso annuo di rendimento retrocesso tenuto conto del rendimento minimo trattenuto dalla Società, tasso annuo di rivalutazione delle prestazioni.

21. 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.

La Toro Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.



Toro Assicurazioni S.p.A.
Presidente e Amministratore Delegato
Dott. Luigi de Pupi



VIVIFUTURO

PROTEZIONE AUTONOMIA

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

VIVIFUTURO

Lloyd Italo

DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI

Condizioni generali di assicurazione della Soluzione VIVIFUTURO

ART. 1 CARATTERISTICHE DELLA SOLUZIONE VIVIFUTURO

La Soluzione VIVIFUTURO consente al Contraente di sottoscrivere più contratti assicurativi come di seguito indicati:

a) Coperture assicurative vita

- VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA: assicurazione a vita intera con capitale rivalutabile a premio unico e premi unici aggiuntivi;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA: assicurazione di rendita vitalizia immediata anticipata a premio annuo rivalutabile o a premio unico, pagabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana.

b) Coperture assicurative danni

- VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA.

ART. 2 REQUISITI PER LA SOTTOSCRIZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Per sottoscrivere le coperture assicurative della Soluzione VIVIFUTURO, il Contraente deve aver sottoscritto e perfezionato almeno il prodotto VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA e almeno una tra la copertura assicurativa vita VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA e le coperture assicurative danni VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE e VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA.

Tutte le coperture assicurative vita e danni sopra indicate devono essere sottoscritte dallo stesso Contraente. L'unico Assicurato delle coperture assicurative vita e almeno uno degli assicurati delle coperture assicurative danni devono coincidere; in ogni caso, al momento della sottoscrizione delle predette coperture assicurative tutti gli assicurati devono avere un'età compresa tra 50 e 70 anni.

Trascorso almeno un anno dalla sottoscrizione dei primi contratti della Soluzione VIVIFUTURO, il Contraente ha la facoltà di sottoscrivere ulteriori coperture assicurative vita e danni appartenenti alla Soluzione stessa, ad esclusione del prodotto VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA.

ART. 3 PERDITA DEI REQUISITI PER LA SOTTOSCRIZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Il Contraente perde la facoltà di sottoscrivere nuove coperture assicurative della Soluzione VIVIFUTURO se non sono più in vigore le coperture assicurative alle condizioni di cui al primo capoverso dell'Art. 2.

ART. 4 PERDITA DEI REQUISITI PER EFFETTUARE ULTERIORI VERSAMENTI NEL PRODOTTO VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA

In deroga alle Condizioni di polizza di VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il Contraente perde la facoltà di effettuare versamenti aggiuntivi nell'ipotesi di perdita dei requisiti di cui all'Art. 3.

ART. 5 MODALITÀ DI VERSAMENTO DEI PREMI

Ad integrazione delle condizioni contrattuali previste dalle coperture assicurative vita e danni, a condizione che sia trascorso almeno un anno dalla sottoscrizione della polizza VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il Contraente ha la facoltà di riscattare parzialmente, alle condizioni di cui all'Art. 7 delle condizioni contrattuali della polizza VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il capitale assicurato nella predetta copertura assicurativa vita, alle date di scadenza dei premi delle coperture assicurative danni, e/o

della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** eventualmente sottoscritte dal Contraente stesso.

Ogni riscatto parziale, al netto di eventuali imposte, sarà pari all'importo dei premi da corrispondere per le coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**. L'importo liquidato sarà pertanto utilizzato per i premi in scadenza delle coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, in vigore. Il Contraente esprime tale facoltà sottoscrivendo apposita autorizzazione riportata nella proposta di assicurazione del prodotto **VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA**.

A seguito dell'autorizzazione a procedere ai riscatti parziali da parte del Contraente non sarà possibile il frazionamento infrannuale del versamento dei premi delle coperture assicurative danni, e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** eventualmente sottoscritte dal Contraente.

Il Contraente viene informato, annualmente, con comunicazione da parte della Società della operazione di riscatto parziale e ha comunque la facoltà di revocare il riscatto parziale comunicando tale volontà alla Società almeno 60 giorni prima della data di scadenza dei premi delle coperture assicurative danni sottoscritte e **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**.

Nel caso in cui perda effetto l'autorizzazione ai riscatti parziali rilasciata dal Contraente, resta fermo l'obbligo per il Contraente al pagamento dei premi in scadenza delle coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** nei termini previsti dalle rispettive condizioni di assicurazione.

Condizioni di assicurazione di VIVIFUTURO

Protezione Autonomia

PREMESSA

Le condizioni contrattuali di seguito riportate si riferiscono alla copertura assicurativa vita VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA relativa alla Soluzione VIVIFUTURO.

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il contratto è disciplinato dalle Condizioni Generali di Assicurazione della Soluzione VIVIFUTURO e dalle Condizioni di assicurazione di VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA.

Parte 1 - Prestazioni dell'assicurazione

ART. 1 PRESTAZIONI

VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA garantisce al Beneficiario, attraverso la corresponsione di un piano di versamento di premi o di un premio unico, il pagamento da parte della Società di una rendita assicurata annua vitalizia rivalutabile, così come stabilito nella Clausola di rivalutazione (Art. 14), 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.

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 uguale 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.

2a. 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) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altre patologie ad essa correlate;

- d) 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;
- e) 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;
- f) 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;
- g) malattie intenzionalmente procurate, alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- h) 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;
- i) 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 incidenti di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- j) 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 quietanza in luogo di quella prevista all'Art. 1.

2b. 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.

Durante il "periodo di carenza", la Società corrisponde una prestazione pari alla somma dei versamenti di premio effettuati al netto dei diritti di 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, allegando alla richiesta un certificato del medico curante che attesti la perdita di autosufficienza ed una relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatti entrambi 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.

3a. 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. 14).

3b. 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 o 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 un'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 quietanza;

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.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o dalla sua riattivazione, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso di dolo o colpa grave.

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 2 - 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.

Il contratto entra in vigore a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima annualità di premio, o del premio unico:

- 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 è effettuato dopo tali date il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento.

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 alla Direzione della Società con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

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.

Nella fase che precede la conclusione del contratto il proponente ha sempre la facoltà di revocare la Proposta di Assicurazione.

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 3 - Premio

ART. 9 VERSAMENTO DEI PREMI

VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA prevede il versamento di un premio unico o 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, esclusivamente per l'assicurazione a premio annuo, è indicata in polizza.

Nel caso in cui il Contraente scelga l'assicurazione a premio annuo, ciascun premio annuo successivo al primo si rivaluta rispetto al precedente nella stessa misura prevista per la rendita assicurata. Il Contraente può rifiutare la rivalutazione del premio, previa richiesta scritta, secondo quanto riportato nella Clausola di rivalutazione (Art. 14).

Nel caso in cui il Contraente scelga l'assicurazione a premio annuo, la prima annualità di premio deve essere interamente corrisposta al momento del perfezionamento del contratto. Le annualità di premio successive possono essere corrisposte esclusivamente con rateazione annuale.

Il Contraente può esclusivamente utilizzare le seguenti procedure alternative per il pagamento del premio:

- assegno “non trasferibile” intestato a “TORO ASSICURAZIONI S.p.A.” oppure bonifico bancario effettuato direttamente su un conto corrente della TORO ASSICURAZIONI S.p.A.;
- assegno “non trasferibile” intestato all'Agente quale “Titolare del mandato in qualità di Agente della Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italico” o bonifico effettuato direttamente su un conto corrente dell'Agente quale “Titolare del mandato in qualità di Agente della Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italico”.

ART. 10 INTERRUZIONE DEL PIANO DI VERSAMENTO DEI PREMI:

RIDUZIONE E RISOLUZIONE (RELATIVO ALL'ASSICURAZIONE A PREMIO ANNUO)

Esclusivamente per l'assicurazione a premio annuo, 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 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. 14), 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

(RELATIVO ALL'ASSICURAZIONE A PREMIO ANNUO)

Esclusivamente per l'assicurazione a premio annuo, in caso di interruzione del versamento dei premi, il contratto può essere riattivato entro un anno dalla data di scadenza 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.

Per tasso di riattivazione si intende il tasso che si ottiene aggiungendo 3 punti alla misura percentuale della rivalutazione applicata alla polizza, a norma di quanto definito nella Clausola di rivalutazione (Art. 14), all'inizio dell'anno assicurativo al quale ciascuna rata arretrata si riferisce, con un minimo del tasso legale di interesse applicabile alla data della riattivazione.

Parte 4 - Vicende contrattuali

ART. 12 IMPOSTE E TASSE

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

ART. 13 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 5 - Rivalutazione delle prestazioni

ART. 14 CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE

VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA prevede la rivalutazione annuale della prestazione, determinata in funzione del rendimento conseguito dalla Gestione interna separata RISPAV. 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.

14a. Misura della rivalutazione

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

Per periodo di riferimento si intendono i dodici mesi che precedono il terzo mese antecedente la 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° maggio al 30 aprile.

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 annui corrisposti o del premio unico, al netto dei diritti, 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 superiore al 6,00%, i valori trattenuti sopra definiti sono incrementati dello 0,10% ogni 0,50% di incremento del risultato stesso.

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 uguale 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 terzo mese antecedente rispettivamente la data di richiesta di riattivazione e la data di denuncia.

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

14b. 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.

14c. Rifiuto della rivalutazione del premio (relativo all'assicurazione a premio annuo)

Il Contraente ha facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio annuo prevista ad ogni ricorrenza annuale del contratto, senza pregiudicare il diritto di accettare successive rivalutazioni del premio.

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 rifiuto della rivalutazione del premio annuo, ai fini della rivalutazione della rendita assicurata, alla rendita rivalutata con le modalità di cui al precedente 14b, verrà sottratto un importo che si ottiene moltiplicando la rendita iniziale riproporzionata, come appresso definita, per la misura di rivalutazione di cui al precedente 14a e riducendo il prodotto nel rapporto tra il numero degli anni che mancano al termine del pagamento premi ed il numero degli anni di durata del pagamento premi.

Per rendita iniziale riproporzionata si intende il prodotto della rendita inizialmente assicurata per il rapporto fra l'ammontare del premio annuo netto dovuto nell'ultimo anno che precede l'anniversario considerato ed il premio annuo netto iniziale.

Parte 6 - Pagamenti della società

ART. 15 VALUTA CONTRATTUALE

La prestazione assicurata, così come i premi e tutti i pagamenti dovuti sia dal Contraente sia dalla Società, sono espressi in Euro.

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 alla Società richiesta scritta accompagnata dai 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 viene effettuato mediante bonifico bancario su conto corrente intestato all'avente diritto e da lui indicato per iscritto alla Società al momento della consegna dei documenti sopra indicati oppure con assegno.

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).

ART. 17 PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile 2° comma, il diritto alle prestazioni derivanti dal contratto di assicurazione si prescrive in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Come previsto dalla Legge 23 dicembre 2005 n. 166 (come da ultimo modificata con Legge 4 dicembre 2008 n. 190) gli importi dovuti ai Beneficiari dei contratti di assicurazione sulla vita, non reclamati entro il termine di prescrizione di cui sopra, devono essere obbligatoriamente devoluti al Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze con la predetta Legge 166/2005.

Regolamento Fondo RISPAV - Allegato n. 1 alle Condizioni di Assicurazione

1. Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della TORO ASSICURAZIONI S.p.A., che viene contraddistinta con il nome “Riserva Speciale Polizze Assicurati Vita” ed indicata in seguito con la sigla “RISPAV”.

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 del Fondo RISPAV.

La gestione del Fondo RISPAV è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo con la circolare n. 71 del 26 marzo 1987, e si atterrà ad eventuali successive disposizioni.

2. La gestione del Fondo RISPAV è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di revisione iscritta all'Albo di cui al D.Lgs. 24 febbraio 1998 n. 58, la quale attesta la rispondenza del Fondo al presente regolamento.

In particolare sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite al Fondo, il rendimento annuo del Fondo, quale descritto al seguente punto 3. e l'adeguatezza dell'ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Società sulla base delle riserve matematiche.

3. Il rendimento annuo del Fondo RISPAV per l'esercizio relativo alla certificazione si ottiene rapportando il risultato finanziario del Fondo RISPAV di competenza di quell'esercizio al valore medio del Fondo stesso.

Per risultato finanziario del Fondo RISPAV si devono intendere i proventi finanziari di competenza dell'esercizio - compresi gli utili e le perdite di realizzo per la quota di competenza del Fondo RISPAV - 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 del Fondo e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nel Fondo per i beni già di proprietà della Società.

Per valore medio del Fondo RISPAV 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 del Fondo.

La consistenza media annua dei titoli e delle altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione nel Fondo RISPAV. Ai fini della determinazione del rendimento annuo del Fondo l'esercizio relativo alla certificazione decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre del medesimo anno.

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.

Tabella A - Allegato n. 2 alle Condizioni di Assicurazione

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. È 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



VIVIFUTURO

PROTEZIONE AUTONOMIA

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

GLOSSARIO

Agli effetti del presente Fascicolo informativo si intendono per:

Annualità assicurativa

La prima annualità assicurativa coincide con il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima ricorrenza annuale.

Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra due consecutive ricorrenze annuali del contratto.

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 polizza

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 del relativo premio.

Data di decorrenza

La data di riferimento, indicata in polizza, per il calcolo delle prestazioni contrattuali.

Gestione separata di attivi

Termine con cui è indicata una speciale forma di gestione interna degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, che consente di attribuire al contratto ad essa 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 alla Società.

Proposta di assicurazione

Il documento con il quale il Contraente chiede alla Società di stipulare un contratto di assicurazione.

Ricorrenza annuale del contratto

L'anniversario della data di decorrenza.

Società

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di Assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di Assicurazione.

Tasso di interesse tecnico

Il rendimento finanziario annuo impiegato nel calcolo iniziale delle prestazioni a fronte del versamento dei premi.



TARIFFA

MODULO DI PROPOSTA - LONG TERM CARE A PREMIO

NUMERO CARTELLINA VIVIFUTURO	DATA COMPILAZIONE PROPOSTA	AGENZIA	CODICE AGENZIA	CODICE PRODUTTORE	CODICE INCASSO
CONTRAENTE (TITOLO - COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE) compilare anche se coincide con l'Assicurato.			SESSO ⁽¹⁾	CODICE FISCALE	
COMUNE DI NASCITA ⁽¹⁾	PROV. O STATO DI NASCITA (sigla) ⁽¹⁾		DATA DI NASCITA	NAZIONALITA' (sigla) ⁽¹⁾	
DOMICILIO ABITUALE / SEDE LEGALE ⁽²⁾	COMUNE	PROVINCIA	NAZIONE	C.A.P.	
ASSICURATO (TITOLO - COGNOME E NOME)			SESSO	CODICE FISCALE	
COMUNE DI NASCITA	PROV. O STATO DI NASCITA (sigla)		DATA DI NASCITA	ETA'	NAZIONALITA'
RESIDENZA	COMUNE	PROVINCIA	NAZIONE	C.A.P.	
PROFESSIONE	FORMA DI ASSICURAZIONE				
CODICE TARIFFA	DURATA	NUMERO PREMI	FRAZ. DEL PREMIO IN RATE ⁽³⁾		
RENDITA ANNUA INIZIALE DA ASSICURARE	PREMIO ANNUO NETTO/UNICO	RATA DI PERFEZIONAMENTO	RATE SUCCESSIVE FRAZ. DEL PREMIO IN RATE		

- (1) Compilare se il Contraente è una persona fisica
 (2) Il Contraente deve comunicare alla Società le variazioni del proprio domicilio abituale o se persona giuridica, della propria sede.
 (3) Crocosegnare la voce che interessa **U** = unico **A** = annuale **S** = semestrale **T** = trimestrale **M** = mensile

BENEFICIARI IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE DELL'ASSICURATO

--

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE (solo se diverso dall'Assicurato)

(1) In caso di decesso del Contraente, la contraenza della polizza deve essere attribuita, con i relativi diritti e doveri a _____

(2) Consta al Contraente che l'Assicurato abbia sofferto di qualche grave malattia?

Se sì quali? _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

QUESTIONARIO ATTIVITA' PROFESSIONALE E SPORTIVA

1. a. La sua attività professionale rientra, anche per analogia, tra le seguenti?
- autotrasportatore, artigiano edile, muratore, operatore in servizi di sicurezza pubblica o privata (escluso vigili urbani),
operatore a bordo di navi o natanti in genere.
Nello svolgimento della Sua attività opera manualmente:
in cantiere in genere o scavi? - su impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra? - su linee
o circuiti con tensioni superiori a 380 V? - in fonderie, carpenterie?..... NO SI
- b. E' addetto alla produzione di sostanze velenose? - Opera in pozzi, cave o miniere? - Utilizza esplosivi? NO SI
- c. Pratica a livello professionale attività alpinistiche, acrobatiche, subacquee o motoristiche competitive nautiche o terrestri?
oppure: trasporta o manipola esplosivi? - E' addetto alla produzione di esplosivi? - Opera nell'ambito di reattori nucleari o
su piattaforma petrolifere? NO SI
- d. Pratica attività professionali rischiose non rientranti in quelle descritte nei punti precedenti?..... NO SI
In caso affermativo, quali? _____
2. a. Effettua immersioni subacquee con autorespiratore? NO SI
Oltre 15 metri? NO SI
- b. Pratica l'alpinismo (accesso a pareti rocciose, ghiacciate o ghiacciai)? NO SI
Con guida alpina fino al 4° grado della scala U.I.A.A.? NO SI
Con guida alpina Oltre al 4° grado della scala U.I.A.A. o comunque senza guida alpina? NO SI
- c. Pratica attività sportive o extra professionali che rientrano, anche per analogia, tra quelle sotto elencate?
- speleologia, free climbing, paracadutismo, torrentismo, sports estremi
- gare, prove ed allenamenti di: bob, slittino, discesa libera con sci, motorismo (nautico o terrestre - anche di regolarità) . . . NO SI
3. a. Si dedica ad attività o sports aerei o aeronautici o svolge attività a bordo di aeromobili (soccorso, posa materiali,
esibizione, sorveglianza, etc)? NO SI
- d. Pratica attività non rientranti anche per analogia in quelle descritte nei punti precedenti?..... NO SI
In caso affermativo, quali? _____
4. Si reca in aree geografiche pericolose per contesto ambientale o nelle quali sono in corso insurrezioni, atti diffusi di
terrorismo, conflitti sociali gravi, stati di belligeranza, sommosse? NO SI
Dove? _____
Per quali motivi? _____
Qual è il periodo di permanenza medio? _____

QUESTIONARIO SANITARIO

ASSUNZIONE DEL RISCHIO

Senza visita medica Con visita medica

Altezza in metri _____

Peso: in chili _____

Indichi i dati del Suo medico curante o del medico precedente se l'attuale lo è da meno di sei mesi:

Cognome e Nome: _____

Indirizzo: _____

1. Fuma o ha fumato?..... NO SI
 In caso affermativo, in quale misura?
 Se ha fumato, ha smesso da più di 24 mesi?
2. Assume o ha assunto in passato abitualmente bevande alcoliche in misura superiore a 2 bicchieri di vino/birra per pasto o a un bicchierino di superalcolico al giorno? NO SI
 (per consumo abituale deve intendersi l'assunzione continuativa e senza interruzione)
 Se Sì specificare la quantità giornaliera: ed il periodo in cui se ne è fatto uso dal al
3. Per ragioni di salute (esclusi traumi ossei senza postumi) ha mai cambiato professione o interrotto la professione per più di tre settimane consecutive o di novanta giorni in un anno? NO SI
 Se Sì specificare la data e le ragioni del cambio di professione
4. Trova difficoltà e/o deve avvalersi dell'aiuto di persone o ausili (sedia a rotelle, girello, stampelle, bastone o altri apparecchi) nelle comuni attività della vita: alzarsi e coricarsi, vestirsi e svestirsi, igiene personale, mangiare, continenza degli sfinteri, mobilità in casa e fuori?..... NO SI
 Se Sì specificare le attività e quando è insorta la difficoltà
5. Si sono verificati nella Sua famiglia (genitori, fratelli o sorelle): tumori maligni, malattie cardiache, ictus, ipertensione giovanile, gotta, dislipidemie, diabete, epilessia od altre malattie nervose, mentali o malattie ereditarie?..... NO SI
 Se Sì specificare le malattie
6. Risulta già titolare di coperture assicurative per il rischio di non autosufficienza (Long Term Care)?..... NO SI
 Se Sì specificarne la decorrenza delle coperture e l'entità delle prestazioni assicurate
7. *Soffre attualmente o ha mai sofferto in passato di malattie a carico dei seguenti apparati?
 Apparato respiratorio, cardiocircolatorio, digerente, genito-urinario, endocrino metabolico, osteoarticolare o muscolare, del sistema nervoso o psichico, del sangue, del sistema immunitario* NO SI
 Se Sì specificare il tipo, l'epoca, la durata, il trattamento, l'esito e le eventuali recidive
8. Le sono mai stati diagnosticati tumori maligni o benigni?..... NO SI
 Se Sì specificare il tipo, l'epoca, la durata, il trattamento, l'esito e le eventuali recidive
9. Soffre di disturbi della memoria, dell'equilibrio, di osteoporosi, di poliartrite, di diabete, di deficit visivi o acustici? (in caso di esigenze di sole coperture assicurative vita, non indicare deficit visivi o acustici corretti con apposito apparecchio)..... NO SI
 Se Sì specificare il tipo, l'epoca, la durata, il trattamento, l'esito e le eventuali recidive
10. Ha subito traumi o infortuni dai quali siano derivati postumi invalidanti? (es.: sportivi, sul lavoro, per incidenti stradali, ecc.). NO SI
 Se Sì indicare quando, la parte colpita ed i relativi esiti

11. Riceve o ha mai ricevuto indennizzi a titolo di invalidità o ha fatto domanda per ottenere la qualifica di invalido o beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare o ha fatto domanda per ottenerla?..... NO SI

Se Sì indicare quando e per quali ragioni

12. La pressione arteriosa è stata per periodi continuativi superiore ai valori di norma 140/90 mmgh?..... NO SI

Se Sì specificare se attualmente è in terapia farmacologica ipertensiva e se i valori pressori si sono normalizzati

13. Assume o ha assunto negli ultimi 5 anni farmaci per periodi continuativi? (es. per: ipertensione, diabete, colesterolo, disfunzioni tiroide, altre malattie) NO SI

Se Sì specificare la motivazione

il tipo di farmaco

la quantità giornaliera

ed il periodo in cui se ne è fatto uso dal

al

14. Si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapie a base di emoderivati, radio o chemioterapia? NO SI

Se Sì specificare quando e per quali motivi

15. È mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero per interventi chirurgici o procedure invasive? (non indicare ricoveri avvenuti da oltre un mese, con completa guarigione, per fratture ossee semplici, appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, parto o colecistectomia non dovuta a neoplasia e, in caso di esigenze di sole coperture assicurative vita o Long Term Care anche per ernia inguinale, emorroidectomia, meniscectomia, deviazione del setto nasale) NO SI

Se Sì indicare quando, per quale motivo, l'eventuale intervento chirurgico ed i relativi esiti e conseguenze, con particolare riguardo all'esito dell'esame istologico

16. Si è mai sottoposto negli ultimi 5 anni a visite specialistiche, esami di laboratorio, radiologici, TAC, RMN, ecografici, cardiologici a seguito dei quali siano state diagnosticate situazioni patologiche?..... NO SI

Se Sì specificare il tipo, quando e con quale esito

17. Si è mai sottoposto negli ultimi 5 anni a endoscopie, angiografie, coronarografie, elettro-encefalogramma o altre indagini non indicate alla domanda precedente?..... NO SI

Se Sì specificare il tipo, quando e con quale esito

ANNOTAZIONI PARTICOLARI

REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA / DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

Prima della conclusione del contratto, la proposta è revocabile; successivamente il Contraente può recedere dal contratto.

Le relative modalità sono riportate in Nota Informativa e nelle Condizioni di Assicurazione.

In ogni caso la Società ha diritto a recuperare le somme eventualmente anticipate dall'Agenzia per gli accertamenti sanitari a cui si è sottoposto l'Assicurato, nonché le spese di emissione polizza, quantificate in Euro 2.00.

I sottoscritti Contraente ed Assicurato:

- devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario: sono a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, riportate nella presente proposta, possono compromettere il diritto alla prestazione in quanto le garanzie operano, in rapporto alle dichiarazioni sopra riportate, a norma degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

Il sottoscritto Assicurato verificata l'esattezza delle dichiarazioni riportate sul questionario:

- si obbliga a produrre alla Società ed a lasciare in proprietà della stessa, quando ciò sia previsto dalla forma di assicurazione stipulata, la documentazione sanitaria che gli è stata richiesta, e che potrà prevedere il test sull'AIDS. Dovrà rivolgersi a medici di gradimento della Società utilizzando supporti predisposti e sarà tenuto a regolare direttamente le spese conseguenti;
- è altresì informato che, anche se non espressamente richiesto dalla Società, può sottoporsi a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, restando inteso che il costo di tali accertamenti è a proprio carico;
- proscioglie dal segreto professionale tutti i medici che lo hanno curato o visitato e le altre persone, gli enti assistenziali, le case di cura, ecc., ai quali la Società crederà, in ogni tempo, anche dopo la sua morte, di rivolgersi per informazioni.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Per il pagamento del premio, il Contraente può esclusivamente utilizzare le seguenti procedure alternative:

- assegno "non trasferibile" intestato a "TORO ASSICURAZIONI S.p.A." oppure bonifico bancario effettuato direttamente su un conto corrente della TORO ASSICURAZIONI S.p.A.;
- assegno "non trasferibile" intestato all'Agente quale "Titolare del mandato in qualità di Agente della Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italo" o bonifico effettuato direttamente su un conto corrente dell'Agente quale "Titolare del mandato in qualità di Agente della Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italo".

ATTENZIONE: nel caso di pagamento del premio con mezzi non direttamente indirizzati all'Impresa, ovvero all'Agente nella sua qualità di intermediario dell'Impresa, la prova dell'avvenuto pagamento del premio alla Società è rappresentata dalla indicazione dell'importo pagato e dalla apposizione della firma del Soggetto che provvede materialmente alla riscossione delle somme.

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver sottoscritto il questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto;
- di aver avuto completa ed esauriva soddisfazione rispetto a tutti i quesiti formulati prima della sottoscrizione del presente documento;
- di aver preso atto di quanto riportato di seguito in merito all'informativa sul trattamento dei dati personali resa ai sensi dell'Art. 13 D.Lgs. 196/03;
- di aver ricevuto il Progetto Esemplificativo Personalizzato qualora sia previsto dalla forma tariffaria.

Avvertenza Il Contraente/Assicurato ha la possibilità di ricevere i Fascicoli informativi della Soluzione VIVIFUTURO su supporto cartaceo o su supporto duraturo in formato CD-ROM.

Preso atto di quanto innanzi indicato, il Contraente/Assicurato dichiara inoltre per propria scelta di aver ricevuto:

- il Fascicolo Informativo modello n. S11L-187 su supporto cartaceo, completo di tutta la documentazione elencata in copertina.
- il CD-ROM riportante la seguente dicitura: "Soluzione VIVIFUTURO" e contenente il Fascicolo Informativo modello n. S11L-187 in formato elettronico, completo di tutta la documentazione elencata in copertina;

e di aver preso atto di quanto in esso contenuto, di cui la presente proposta costituisce parte integrante.

IL CONTRAENTE

L'ASSICURATO

Attesto che sul presente modulo firmato dal Contraente e dall'Assicurato, non sono state apportate modifiche, aggiunte o integrazioni.

L'AGENTE

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

I sottoscritti Contraente ed Assicurato sono informati, ai sensi del D.Lgs. 196/03, che i dati raccolti anche inerenti lo stato di salute, sono trattati dalla Società ai soli fini di valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto proposto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati ed il consenso al trattamento sono essenziali; che tali dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa, da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni in conformità delle istruzioni ricevute solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate; che i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati ad altri soggetti, in Italia e all'estero, del settore assicurativo (tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi paesi extra UE), nonché organismi associati (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo anche per finalità antifrode, consulenti medici e legali; società di servizi a cui sia affidata la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione, società di servizi per il controllo delle frodi. Enti pubblici nel caso di comunicazioni obbligatorie per legge. Prendono atto che ad essi competono i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs. 196/03 tra cui quello di conoscere in ogni momento quali sono i dati, nonché la relativa origine presso i singoli titolari del trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo e come vengano utilizzati; hanno inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco o di opporsi al loro trattamento. Per l'esercizio dei diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potranno rivolgersi a Toro Assicurazioni S.p.A. - Entel egale nella persona del Responsabile pro tempore - Via Mazzini, 53 - 10123 Torino; telefax: 011.0029.398. Con la sottoscrizione della presente proposta, preso atto di tali informazioni, il Contraente e l'Assicurato acconsentono al trattamento dei propri dati, anche sensibili, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero, nei limiti e con le modalità sopradescritte e nel rispetto della vigente normativa.

38 di 40



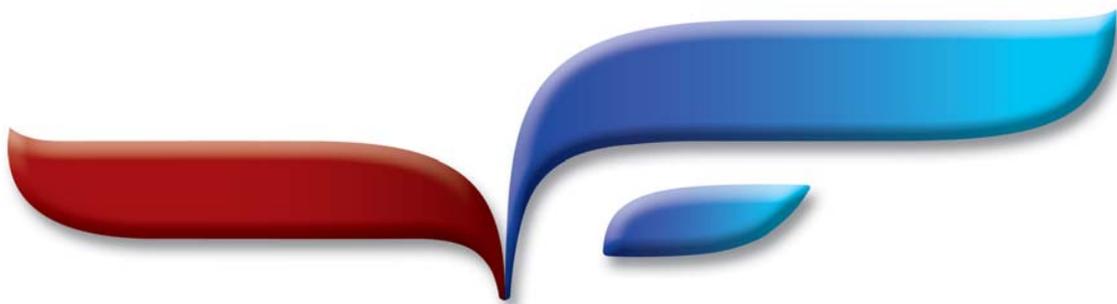
Tutti i dati contenuti nei documenti
facenti parte del Fascicolo informativo
sono aggiornati al 31/05/2009

VIVIFUTURO
Lloyd Italo
DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI



TORO ASSICURAZIONI S.p.A. a socio unico - Codice fiscale e Registro Imprese di Torino n. 13432270158 - CCIAA Torino n. 1013376 - Capitale Sociale Euro 184.173.606 i.v. - Part. Iva 13432270158 - Sede Legale: Via Mazzini 53, 10123 Torino - Impresa iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00148 ed appartenente al gruppo Generali iscritto all'albo dei gruppi assicurativi - Società diretta e coordinata da Assicurazioni Generali S.p.A.

Divisione Lloyd Italo - Sede: via Fieschi, 9 - 16121 Genova - tel. 010/53801 - fax 010/592856



VIVIFUTURO

PROTEZIONE ASSISTENZA
POLIZZA ABBINATA A VIVIFUTURO
PROTEZIONE AUTONOMIA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

VIVIFUTURO
Lloyd Italice
DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI

Introduzione

ART. 1. CARATTERISTICHE DELLA SOLUZIONE VIVIFUTURO

La Soluzione VIVIFUTURO consente al Contraente di sottoscrivere più contratti assicurativi come di seguito indicati:

a) Coperture assicurative vita

- VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA: assicurazione a vita intera con capitale rivalutabile a premio unico e premi unici aggiuntivi;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA: assicurazione di rendita vitalizia immediata anticipata a premio annuo rinnovabile o a premio unico, pagabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana.

b) Coperture assicurative danni

- VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA.

ART. 2. REQUISITI PER LA SOTTOSCRIZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Per sottoscrivere le coperture assicurative della Soluzione VIVIFUTURO, il Contraente deve aver sottoscritto e perfezionato almeno il prodotto VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA e almeno una tra le coperture assicurative vita VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA e le coperture assicurative danni VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE e VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA.

Tutte le coperture assicurative vita e danni sopra indicate devono essere sottoscritte dallo stesso Contraente. L'unico Assicurato delle coperture assicurative vita e almeno uno degli assicurati delle coperture assicurative danni devono coincidere; in ogni caso, al momento della sottoscrizione delle predette coperture assicurative tutti gli assicurati devono avere un'età compresa tra 50 e 70 anni.

Trascorso almeno un anno dalla sottoscrizione dei primi contratti della Soluzione VIVIFUTURO, il Contraente ha la facoltà di sottoscrivere ulteriori coperture assicurative vita e danni, appartenenti alla Soluzione stessa ad esclusione del prodotto VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA.

ART. 3. PERDITA DEI REQUISITI PER LA SOTTOSCRIZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Il Contraente perde la facoltà di sottoscrivere nuove coperture assicurative della Soluzione VIVIFUTURO se non sono più in vigore le coperture assicurative delle condizioni di cui al primo capoverso dell'Art. 2.

ART. 4. PERDITA DEI REQUISITI PER EFFETTUARE ULTERIORI VERSAMENTI NELLA SOLUZIONE VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA

In deroga alle Condizioni di Polizza di VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il Contraente perde la facoltà di effettuare versamenti aggiuntivi nell'ipotesi di perdita dei requisiti di cui all'Art. 3.

ART. 5. MODALITÀ DI VERSAMENTO DEI PREMI

Ad integrazione delle condizioni contrattuali previste dalle coperture assicurative vita e danni, a condizione che sia trascorso almeno un anno dalla sottoscrizione della polizza VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il Contraente ha facoltà di riscattare parzialmente, alle condizioni di cui all'Art. 7 delle condizioni contrattuali della polizza VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il capitale assicurato nella predetta copertura assicurativa vita, alle date di scadenza dei premi delle coperture assicurative danni, e/o

della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** eventualmente sottoscritte dal Contraente stesso.

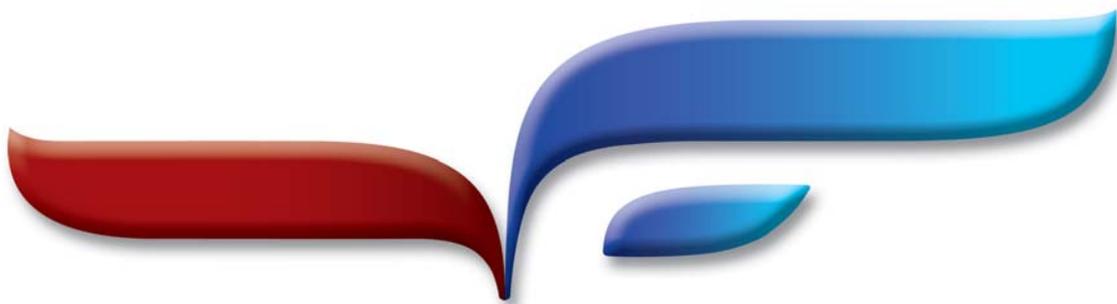
Ogni riscatto parziale, al netto di eventuali imposte, sarà pari all'importo dei premi da corrispondere per le coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**. L'importo liquidato sarà pertanto utilizzato per i premi in scadenza delle coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, in vigore.

Il Contraente esprime tale facoltà sottoscrivendo apposita autorizzazione riportata nella proposta di assicurazione del prodotto **VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA**.

A seguito dell'autorizzazione a procedere ai riscatti parziali da parte del Contraente non sarà possibile il frazionamento infrannuale del versamento dei premi delle coperture assicurative danni, e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** eventualmente sottoscritte dal Contraente.

Il Contraente viene informato, annualmente, con comunicazione da parte della Società dell'operazione di riscatto parziale e ha comunque facoltà di revocare il riscatto parziale comunicando tale volontà alla Società almeno 60 giorni prima della data di scadenza dei premi delle coperture assicurative danni sottoscritte e **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**.

Nel caso in cui perda effetto l'autorizzazione ai riscatti parziali rilasciata dal Contraente, resta fermo l'obbligo per il Contraente al pagamento dei premi in scadenza delle coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** nei termini previsti dalle rispettive condizioni di assicurazione.



VIVIFUTURO

PROTEZIONE ASSISTENZA
POLIZZA ABBINATA A VIVIFUTURO
PROTEZIONE AUTONOMIA

FORMULA ARGENTO

VIVIFUTURO
Lloyd Italice
DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI

Indice

VIVIFUTURO - PROTEZIONE ASSISTENZA - Formula Argento

• 1. Definizioni	pag.	8
• 2. Norme comuni	“	10
Art. 2.1 Durata e proroga dell'assicurazione	“	10
Art. 2.2 Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione	“	10
Art. 2.3 Adeguamento annuale del premio in base all'età dell'assicurato	“	10
Art. 2.4 Adeguamento del premio: rivedibilità della tariffa	“	11
Art. 2.5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni	“	11
Art. 2.6 Assicurazione presso diversi assicuratori	“	11
Art. 2.7 Recesso in caso di sinistro entro i primi due anni	“	11
Art. 2.8 Indicizzazione	“	12
Art. 2.9 Oneri	“	12
Art. 2.10 Rinvio alla legge	“	12
• 3. Prestazioni	“	13
Art. 3.1 Informazioni sanitarie		
Art. 3.2 Consulenze mediche specialistiche	“	13
Art. 3.3 Supporto psicologico in caso di non autosufficienza	“	13
Art. 3.4 Medical Advice Program	“	13
Art. 3.5 Assistenza domiciliare integrata post-ricovero “Primo soccorso”	“	14
Art. 3.6 Servizi sanitari e non sanitari di assistenza su richiesta	“	15
Art. 3.7 Trasporto dell'Assicurato	“	15
• 4. Delimitazioni dell'assicurazione	“	16
Art. 4.1 Validità Territoriale	“	16
Art. 4.2 Persone non assicurabili	“	16
Art. 4.3 Esclusioni	“	16
Art. 4.4 Termini di aspettativa	“	17
Art. 4.5 Abbinamento a VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA	“	17

VIVIFUTURO - PROTEZIONE ASSISTENZA - Formula Argento

• 5. Norme generali	pag.	18
Art. 5.1 Attivazione della Struttura Organizzativa	“	18
Art. 5.2 Modalità per la richiesta di Assistenza	“	18
Art. 5.3 Inesistenza dell’obbligo di fornire prestazioni alternative	“	18
Art. 5.4 Altre assicurazioni assistenza	“	18
Art. 5.5 Controversie - Arbitrato irrituale	“	18
Art. 5.6 Obblighi dell'Assicurato in caso sinistro	“	19
Art. 5.7 Rinuncia all’azione di rivalsa	“	19
• Tabella aggiornamento premio	“	20

1. Definizioni

Agli effetti del presente contratto si intendono per:

Assicurato

La persona fisica in favore della quale è prestata l'assicurazione.

Contraente

La persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento del relativo premio.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Istituto di cura

Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Network medico di riferimento

L'insieme delle strutture sanitarie, dei centri clinici e dei medici specialisti, convenzionati con la Struttura Organizzativa e selezionati sulla base di criteri di specializzazione e di eccellenza che provvede alla formulazione della seconda opinione medica a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni

Le assistenze prestate agli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce per conto di Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italiano.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Sinistro

Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'assicurazione che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato e che rientra nei termini di polizza.

Società

La Compagnia di assicurazioni Toro Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: 10123 Torino, via Mazzini, 53 - Sede della Divisione Lloyd Italico: 16121 Genova - via Fieschi 9.

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Service S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da medici, tecnici, operatori che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste dal contratto.

2. Norme Comuni

ART. 2.1 DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione, fatto salvo quanto previsto in materia dalle norme di legge, è operante per il periodo di validità contrattualmente stabilito. La Società si obbliga, ferme restando le condizioni di contratto, per tutto il periodo in cui resti in vita l'Assicurato al rinnovo alla scadenza *salvo il verificarsi di uno dei seguenti casi*:

- *esagerazione dolosa dell'entità del sinistro da parte del Contraente o dell'Assicurato;*
- *mancato pagamento del premio entro il 15° giorno dalla scadenza;* qualora la Società intenda avvalersi di tale facoltà dovrà darne comunicazione al Contraente il quale avrà ulteriori 15 giorni per adempiere al pagamento del premio in assenza del quale trascorso anche tale periodo il contratto si riterrà risolto;
- *cessazione del Contraente;* in caso di scomparsa del Contraente la Società si obbliga a contrarre con l'Assicurato che ne faccia richiesta entro 60 giorni dalla scadenza annuale alle stesse condizioni di premio in corso precedentemente alla scomparsa del Contraente;
- *mancata accettazione da parte del Contraente del nuovo premio variato in base a quanto previsto all'Art. 2.4;*
- *cessazione dell'operatività della garanzia della polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA in base a quanto previsto all'Art. 4.5;*
- *cessazione dell'esercizio del ramo Assistenza da parte della Società.*

In mancanza di disdetta data dal Contraente con preavviso di almeno 60 giorni prima della data di scadenza, il contratto - sempreché stipulato almeno per un anno - è prorogato per una durata pari ad un anno e così successivamente.

ART. 2.2 PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Fermi i termini di aspettativa di cui all'Art. 4.4, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui all'Art. 4.4 vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

Il premio e le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

ART. 2.3 ADEGUAMENTO ANNUALE DEL PREMIO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO

Il premio dell'assicurazione è determinato in base all'età dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto. In occasione di ciascuna scadenza di annualità assicurativa, il premio indicato in polizza per l'Assicurato viene aggiornato applicando la percentuale corrispondente all'età dell'Assicurato stesso ed indicata nella tabella 1 allegata. Al premio per la nuova annualità andrà applicato quanto previsto dall'Art. 2.8 "Indicizzazione".

ART. 2.4 ADEGUAMENTO DEL PREMIO: RIVEDIBILITÀ DELLA TARIFFA

Qualora l'andamento tecnico della totalità dei contratti sottoscritti dalla Società aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA evidenzino uno scostamento rispetto alle basi statistico-attuariali utilizzate per la determinazione della tariffa, la Società almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa, può richiedere l'adeguamento del premio in base alla tariffa vigente al momento della richiesta.

L'adeguamento del premio potrà avvenire ad intervalli non inferiori a 5 annualità ed è subordinato al superamento, in almeno 2 degli ultimi 3 esercizi, del valore percentuale 85 del "rapporto tra sinistri e premi" riferito alla totalità dei contratti aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA. Ai fini della presente clausola per "rapporto tra sinistri e premi" deve intendersi il rapporto tra l'ammontare dei sinistri pagati nel corso dell'esercizio ed i premi, al netto dell'imposta, incassati nello stesso periodo riferiti alla totalità dei contratti aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA. Per la verifica della sussistenza delle condizioni che determinano l'adeguamento del premio la Società si avvarrà dell'intervento di un Attuario professionista, esterno alla Società.

La nuova tariffa verrà applicata alla totalità dei contratti stipulati con la Società aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA.

Il Contraente, qualora non accettasse le nuove condizioni di premio, avrà la facoltà di astenersi dal pagamento del premio in deroga a quanto disposto al precedente Art. 2.2 ed il contratto si risolverà senza necessità di dare disdetta.

ART. 2.5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO E FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti che costituiscono parte integrante del contratto.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

ART. 2.6 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa.

Se il contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

ART. 2.7 RECESSO IN CASO DI SINISTRO ENTRO I PRIMI DUE ANNI

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni le Parti possono recedere dall'assicurazione. In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso ovvero, qualora sia comunicato meno di 30 giorni prima di tale data, il recesso stesso avrà effetto trascorsi 30 giorni dal ricevimento della raccomandata. In caso di recesso esercitato dal Contraente, questo potrà avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata.

In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso.

La Società rinuncia a tale facoltà di recesso decorsi due anni dalla data di stipulazione del contratto di assicurazione.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

ART. 2.8 INDICIZZAZIONE

Le somme assicurate, il premio, le franchigie, i minimi ed i massimali di scoperto ed i limiti di indennizzo espressi in misura fissa, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'Indice "spese mediche", rappresentato dalla media aritmetica dei numeri indici "servizi medici, analisi cliniche ed accertamenti diagnostici, servizi ospedalieri", tratti dall'Indice dei Prezzi al consumo per l'intera collettività nazionale, rilevato dall'ISTAT, ponderata con gli stessi pesi utilizzati dal predetto Istituto.

Nel corso di ogni anno solare l'adeguamento si effettua adottando come base il riferimento iniziale e per gli aggiornamenti l'indice del mese di giugno dell'anno precedente.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a partire dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice da parte dell'ISTAT o dei pesi del paniere, verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile e/o all'ultimo paniere disponibile.

Qualora l'ISTAT modifichi la composizione ed i parametri del suddetto indice, è facoltà della società calcolare l'adeguamento in base al nuovo Indice "spese mediche" o proporre un indice diverso. In tal caso, la Società comunica la variazione al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

ART. 2.9 ONERI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

ART. 2.10 RINVIO ALLA LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

3. Prestazioni

ART. 3.1 INFORMAZIONI SANITARIE

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato desiderasse avere informazioni sanitarie relativamente a:

- Cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso; centri di riabilitazione e Residenze Sanitario-Assistenziali;
- Medici specialisti, centri sanitari nazionali e internazionali;
- Centri sanitari appropriati ed attrezzati per la cura della patologia sofferta;

potrà contattare la Struttura Organizzativa che fornirà all'Assicurato le informazioni richieste.

Le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo per l'Assicurato.

ART. 3.2 CONSULENZE MEDICHE SPECIALISTICHE

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio o malattia, necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente o attraverso il medico che lo ha in cura sul posto, i medici specialisti della Struttura Organizzativa.

Tali medici specialisti possono essere:

- Neurologo
- Cardiologo;
- Geriatra;
- Psicologo;
- Ortopedico.

L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta, il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

ART. 3.3 SUPPORTO PSICOLOGICO IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato, non autosufficiente secondo quanto previsto dalla polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, necessitasse di un supporto psicologico, potrà contattare la Struttura Organizzativa che lo metterà in contatto con lo psicologo convenzionato più vicino.

La Società terrà a proprio carico i costi delle sedute per un massimo di 3 sedute per sinistro e per anno.

Ai fini della presente garanzia è richiesta la prescrizione del medico curante che giustifichi la necessità del supporto psicologico.

ART. 3.4 MEDICAL ADVICE PROGRAM

Qualora l'Assicurato abbia un'alterazione dello stato di salute, per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e richieda un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, i medici della Struttura Organizzativa, effettuata l'analisi del quadro clinico dell'Assicurato, offriranno la possibilità di accedere al Medical Advice Program, che prevede i seguenti tre livelli di assistenza:

- **Consulenza medica di secondo livello**

Per accedere al Medical Advice Program, l'Assicurato deve telefonare alla Struttura Organizzativa e spiegare il caso clinico per il quale richiede la seconda opinione medica.

I medici della Struttura Organizzativa, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questi l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i suoi medici curanti.

In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e, se richiesta, potrà essere definita una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici.

- **Seconda opinione medica**

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva da parte dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico e all'elaborazione dei quesiti che verranno posti ai medici specialisti.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa - attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri - al Network medico di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, avvalendosi dell'esperienza di centri di eccellenza qualificati, potrà richiedere di visitare il paziente stesso. I costi della visita specialistica sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di una visita per sinistro.

I medici del Network medico di riferimento formuleranno rapidamente una risposta scritta di seconda opinione medica, che verrà inviata all'Assicurato per il tramite della Struttura Organizzativa. Se necessario quest'ultima potrà fornire un ausilio nell'interpretazione della risposta stessa.

- **Seconda opinione internazionale**

Qualora su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o del Network medico di riferimento si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di seconda opinione internazionale. Tale servizio prevederà la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico alla struttura internazionale individuata e la predisposizione di una risposta scritta di seconda opinione medica da parte della struttura internazionale.

- **Modalità di erogazione della prestazione Medical Advice Program**

Ricevuta la richiesta di prestazione, la Struttura Organizzativa invierà un modello che l'Assicurato dovrà compilare e restituire unitamente alla documentazione convenuta durante il colloquio di inquadramento del caso eseguito con il personale medico della Struttura Organizzativa stessa.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa garanzia, i medici che l'hanno visitato o curato in relazione al sinistro.

Ricevuta la documentazione clinica sarà la Struttura Organizzativa a provvedere a trasmetterla al Network medico di riferimento.

Formulata la seconda opinione medica, il Network medico di riferimento la invierà alla Struttura Organizzativa la quale la farà pervenire all'Assicurato.

I costi relativi all'erogazione del parere medico, alla trasmissione della documentazione clinica scritta e/o iconografica e all'eventuale traduzione in lingua inglese della documentazione clinica e in lingua italiana della seconda opinione internazionale restano direttamente a carico della Struttura Organizzativa. *Restano invece a carico dell'Assicurato i costi che lo stesso debba sostenere per la prima trasmissione della documentazione clinica e diagnostica alla Struttura Organizzativa.*

ART. 3.5 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST-RICOVERO "PRIMO SOCCORSO"

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA ed a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 2 pernottamenti dovuto ad infortunio o malattia, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura

Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendo direttamente le spese nei 10 giorni successivi alle dimissioni e fino ad un massimo di 20 giorni per sinistro e per anno assicurativo:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico o in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro.

Restano comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 3.6 SERVIZI SANITARI E NON SANITARI DI ASSISTENZA SU RICHIESTA

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** ed a seguito di dimissioni da ricovero dovuto ad infortunio o malattia, necessita di assistenza prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali per servizi di natura sanitaria e non sanitaria:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;
- personale addetto all'effettuazione di prelievi del sangue compresa la consegna degli esiti di accertamenti diagnostici;
- personale non sanitario addetto a servizi di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

Restano a carico dell'Assicurato i costi relativi alle prestazioni erogate dal personale medico e paramedico e dalle altre figure professionali coinvolte.

ART. 3.7 TRASPORTO DELL'ASSICURATO

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, necessita di un trasporto con autoambulanza tra la Residenza Sanitario-Assistenziale o l'istituto di cura ed il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto nell'ambito della regione di residenza sostenendone direttamente le spese fino ad una percorrenza massima di Km. 200 andata/ritorno per sinistro con il limite di Km. 400 per annualità assicurativa.

4. Delimitazioni dell'Assicurazione

ART. 4.1 VALIDITÀ TERRITORIALE

Tutte le prestazioni vengono fornite esclusivamente all'interno del territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano ad eccezione delle consulenze mediche ed informazioni telefoniche che hanno validità anche all'estero.

ART. 4.2 PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o AIDS, comunque non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'indennizzo.

In questo caso la Società rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

ART. 4.3 ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende le conseguenze di:

- a) attività dolosa del Contraente o dell'Assicurato;*
- 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 trascorsi 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 sei mesi;*
- f) infortuni e malattie intenzionalmente procurati, alcolismo, 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 escluso l'incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;*
- i) infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- j) infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*

- k) *infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;*
- l) *infortuni, malattie e stati patologici conseguenti a malattie mentali o disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- m) *infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto effetto di allucinogeni.*

ART. 4.4 TERMINI DI ASPETTATIVA

Dal giorno di effetto del contratto, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) *dello stesso giorno per gli infortuni;*
- b) *del trentesimo giorno successivo per le malattie;*
- c) *del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società;*
- d) *del trecentosessantacinquesimo giorno successivo per le malattie che diano luogo a perdita di autosufficienza permanente ai sensi della polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA abbinata.*

Qualora questo contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto questo contratto, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso di questo contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

ART. 4.5 ABBINAMENTO A VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA

L'operatività della presente polizza è subordinata all'esistenza, validità ed efficacia della polizza di riferimento abbinata VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA indicata in contratto.

Il venir meno, a seguito di recesso o risoluzione, della garanzia di cui alla predetta polizza di riferimento abbinata VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA determina la cessazione contestuale anche della presente assicurazione.

In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso.

5. Norme generali

ART. 5.1 ATTIVAZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Le prestazioni oggetto della presente polizza sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa.

ART. 5.2 MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per beneficiare delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

al numero verde 800 904 596

oppure al numero +39 02 58 245 356

L'Assicurato all'atto della richiesta della prestazione dovrà comunicare:

- a) *il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) *nome e cognome;*
- c) *numero di polizza preceduto dalla sigla LVLA;*
- d) *indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) *il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di telefonare, potrà inviare un telegramma a Europ Assistance Service S.p.A., Piazza Trento, 8 - 20135 Milano.

La Struttura Organizzativa è in funzione:

- 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni di cui agli Artt. 3.2, 3.4, 3.5, 3.6 e 3.7;
- dalle ore 9,00 alle ore 18,00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli Artt. 3.1 e 3.3.

ART. 5.3 INESISTENZA DELL'OBBLIGO DI FORNIRE PRESTAZIONI ALTERNATIVE

Qualora l'Assicurato non usufruisca delle prestazioni previste dalla presente garanzia non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

ART. 5.4 ALTRE ASSICURAZIONI ASSISTENZA

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra polizza Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente polizza ad altra Società, le suddette prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali costi a lui addebitati dalla Società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

ART. 5.5 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie riguardanti la polizza, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre arbitri, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo dai due arbitri così nominati.

In caso di disaccordo sulla nomina del terzo arbitro e/o nel caso in cui una Parte non nomini il proprio arbitro, questi verranno nominati, su istanza della Parte interessata, dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

Le decisioni del Collegio arbitrale 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 arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno degli arbitri si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

ART. 5.6 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) *acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo;*
- 2) *fornire alla Struttura Organizzativa ogni informazione necessaria per la verifica del diritto alle prestazioni previste dal contratto;*
- 3) *presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa.*

L'inadempimento ai suddetti obblighi può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

Il diritto alle prestazioni decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro ove previsto.

ART. 5.7 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, di cui all'Art. 1916 del Codice Civile, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio o della malattia.

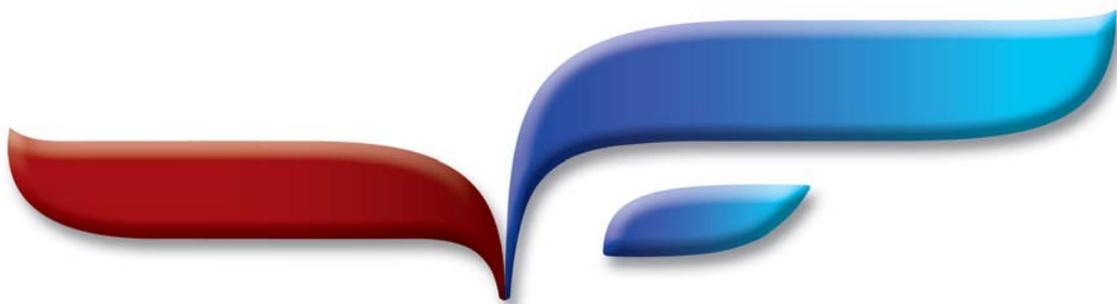
Tabella aggiornamento premio

Tabella 1

VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA ARGENTO - Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato.

ARGENTO Percentuali di aumento del premio rispetto all'annualità precedente

ETÀ	MASCHI	FEMMINE	ETÀ	MASCHI	FEMMINE	ETÀ	MASCHI	FEMMINE
50	1,92	1,94	67	1,71	1,71	84	1,55	1,53
51	1,97	1,95	68	1,74	1,73	85	1,52	1,53
52	1,93	1,92	69	1,71	1,69	86	1,52	1,51
53	1,89	1,91	70	1,68	1,69	87	1,52	1,50
54	1,93	1,89	71	1,71	1,68	88	1,50	1,50
55	1,86	1,88	72	1,65	1,67	89	1,50	1,49
56	1,90	1,87	73	1,68	1,66	90	1,48	1,47
57	1,87	1,86	74	1,65	1,64	91	1,47	1,47
58	1,83	1,83	75	1,63	1,62	92	1,45	1,46
59	1,83	1,84	76	1,63	1,63	93	1,45	1,45
60	1,83	1,81	77	1,62	1,60	94	1,45	1,45
61	1,80	1,80	78	1,60	1,60	95	1,43	1,42
62	1,80	1,79	79	1,60	1,59	96	1,43	1,42
63	1,81	1,78	80	1,57	1,58	97	1,41	1,41
64	1,77	1,76	81	1,57	1,57	98	1,41	1,40
65	1,74	1,76	82	1,57	1,56	99	1,41	1,40
66	1,77	1,75	83	1,55	1,55	100 e oltre	1,35	1,35



VIVIFUTURO

PROTEZIONE ASSISTENZA
POLIZZA ABBINATA A VIVIFUTURO
PROTEZIONE AUTONOMIA

FORMULA ORO

VIVIFUTURO
Lloyd Italice
DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI

Indice

VIVIFUTURO - PROTEZIONE ASSISTENZA - Formula Oro

• 1. Definizioni	pag.	24
• 2. Norme comuni	“	26
Art. 2.1 Durata e proroga dell'assicurazione	“	26
Art. 2.2 Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione	“	26
Art. 2.3 Adeguamento annuale del premio in base all'età dell'assicurato	“	26
Art. 2.4 Adeguamento del premio: rivedibilità della tariffa	“	27
Art. 2.5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni	“	27
Art. 2.6 Assicurazione presso diversi assicuratori	“	27
Art. 2.7 Recesso in caso di sinistro entro i primi due anni	“	27
Art. 2.8 Indicizzazione	“	28
Art. 2.9 Oneri	“	28
Art. 2.10 Rinvio alla legge	“	28
• 3. Prestazioni	“	29
Art. 3.1 Informazioni sanitarie	“	29
Art. 3.2 Consulenze mediche specialistiche	“	29
Art. 3.3 Supporto psicologico in caso di non autosufficienza	“	29
Art. 3.4 Medical Advice Program	“	29
Art. 3.5 Rivalutazione ambientale domestica	“	30
Art. 3.6 Assistenza domiciliare integrata post-ricovero “Primo soccorso”	“	31
Art. 3.7 Assistenza domiciliare integrata post-ricovero “Avanzata”	“	31
Art. 3.8 Servizi sanitari e non sanitari di assistenza su richiesta	“	31
Art. 3.9 Accesso a Network Salute	“	32
Art. 3.10 Ricerca e segnalazione dei centri clinici specializzati	“	32
Art. 3.11 Trasporto dell'Assicurato	“	32
• 4. Delimitazioni dell'assicurazione	“	33
Art. 4.1 Validità territoriale	“	33
Art. 4.2 Persone non assicurabili	“	33
Art. 4.3 Esclusioni	“	33
Art. 4.4 Termini di aspettativa	“	34
Art. 4.5 Abbinamento a VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA	“	34

VIVIFUTURO - PROTEZIONE ASSISTENZA - Formula Oro

• 5. Norme generali	pag.	35
Art. 5.1 Attivazione della Struttura Organizzativa	“	35
Art. 5.2 Modalità per la richiesta di Assistenza	“	35
Art. 5.3 Inesistenza dell’obbligo di fornire prestazioni alternative	“	35
Art. 5.4 Altre assicurazioni assistenza	“	35
Art. 5.5 Controversie - Arbitrato irrituale	“	35
Art. 5.6 Obblighi dell’Assicurato in caso di sinistro	“	36
Art. 5.7 Rinuncia all’azione di rivalsa	“	36
• Tabella aggiornamento premio	“	37

1. Definizioni

Agli effetti del presente contratto si intendono per:

Assicurato

La persona fisica in favore della quale è prestata l'assicurazione.

Contraente

La persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento del relativo premio.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Istituto di cura

Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Network medico di riferimento

L'insieme delle strutture sanitarie, dei centri clinici e dei medici specialisti, convenzionati con la Struttura Organizzativa e selezionati sulla base di criteri di specializzazione e di eccellenza che provvede alla formulazione della seconda opinione medica a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni

Le assistenze prestate agli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce per conto di Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italiano.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Sinistro

Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'assicurazione che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato e che rientra nei termini di polizza.

Società

La Compagnia di assicurazioni Toro Assicurazioni S.p.A. - Sede legale: 10123 Torino - via Mazzini 53 - Sede legale della Divisione Lloyd Italice: 16121 Genova - via Fieschi 9.

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Service S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da medici, tecnici, operatori che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste dal contratto.

2. Norme comuni

ART. 2.1 DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione, fatto salvo quanto previsto in materia dalle norme di legge, è operante per il periodo di validità contrattualmente stabilito. La Società si obbliga, ferme restando le condizioni di contratto, per tutto il periodo in cui resti in vita l'Assicurato al rinnovo alla scadenza *salvo il verificarsi di uno dei seguenti casi:*

- *esagerazione dolosa dell'entità del sinistro da parte del Contraente o dell'Assicurato;*
- *mancato pagamento del premio entro il 15° giorno dalla scadenza; qualora la Società intenda avvalersi di tale facoltà dovrà darne comunicazione al Contraente il quale avrà ulteriori 15 giorni per adempiere al pagamento del premio in assenza del quale trascorso anche tale periodo il contratto si riterrà risolto;*
- *cessazione del Contraente; in caso di scomparsa del Contraente la Società si obbliga a contrarre con l'Assicurato che ne faccia richiesta entro 60 giorni dalla scadenza annuale alle stesse condizioni di premio in corso percentualmente alla scomparsa del Contraente;*
- *mancata accettazione da parte del Contraente del nuovo premio variato in base a quanto previsto all'Art. 2.4;*
- *cessazione dell'operatività della garanzia della polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA in base a quanto previsto all'Art. 4.5;*
- *cessazione dell'esercizio del ramo Assistenza da parte della Società.*

In mancanza di disdetta data dal Contraente con preavviso di almeno 60 giorni prima della data di scadenza, il contratto - sempreché stipulato almeno per un anno - è prorogato per una durata pari ad un anno e così successivamente.

ART. 2.2 PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Fermi i termini di aspettativa di cui all'Art. 4.4, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stata pagata; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui all'Art. 4.4 vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

ART. 2.3 ADEGUAMENTO ANNUALE DEL PREMIO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO

Il premio dell'assicurazione è determinato in base all'età dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto. In occasione di ciascuna scadenza di annualità assicurativa, il premio indicato in polizza per l'Assicurato viene aggiornato applicando la percentuale corrispondente all'età dell'Assicurato stesso ed indicata nella tabella 1 allegata. Al premio per la nuova annualità andrà applicato quanto previsto dall'Art. 2.8 "Indicizzazione".

ART. 2.4 ADEGUAMENTO DEL PREMIO: RIVEDIBILITÀ DELLA TARIFFA

Qualora l'andamento tecnico della totalità dei contratti sottoscritti dalla Società aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA evidenzino uno scostamento rispetto alle basi statistico-attuariali utilizzate per la determinazione della tariffa, la Società almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa, può richiedere l'adeguamento del premio in base alla tariffa vigente al momento della richiesta.

L'adeguamento del premio potrà avvenire ad intervalli non inferiori a 5 annualità ed è subordinato al superamento, in almeno 2 degli ultimi 3 esercizi, del valore percentuale 85 del "rapporto tra sinistri e premi" riferito alla totalità dei contratti aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA. Ai fini della presente clausola per "rapporto tra sinistri e premi" deve intendersi il rapporto tra l'ammontare dei sinistri pagati nel corso dell'esercizio ed premi, al netto dell'imposta, incassati nello stesso periodo riferiti alla totalità dei contratti aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA. Per la verifica della sussistenza delle condizioni che determinano l'adeguamento del premio la Società si avvarrà dell'intervento di un Attuario professionista, esterno alla Società. La nuova tariffa verrà applicata alla totalità dei contratti stipulati con la Società aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA. Il Contraente, qualora non accettasse le nuove condizioni di premio, avrà la facoltà di astenersi dal pagamento del premio in deroga a quanto disposto al precedente Art. 2.2 ed il contratto si risolverà senza necessità di dare disdetta.

ART. 2.5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO E FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti che costituiscono parte integrante del contratto.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

ART. 2.6 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa.

Se il contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

ART. 2.7 RECESSO IN CASO DI SINISTRO ENTRO I PRIMI DUE ANNI

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni le Parti possono recedere dall'assicurazione. In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso ovvero, qualora sia comunicato meno di 30 giorni prima di tale data, il recesso stesso avrà effetto trascorsi 30 giorni dal ricevimento della raccomandata. In caso di recesso esercitato dal Contraente, questo potrà avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata.

In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso.

La Società rinuncia a tale facoltà di recesso decorsi due anni dalla data di stipulazione del contratto di assicurazione.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

ART. 2.8 INDICIZZAZIONE

Le somme assicurate, il premio, le franchigie, i minimi ed i massimi di scoperto ed i limiti di indennizzo espressi in misura fissa, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'Indice "spese mediche", rappresentato dalla media aritmetica dei numeri indici "servizi medici, analisi cliniche ed accertamenti diagnostici, servizi ospedalieri", tratti dall'Indice dei Prezzi al consumo per l'intera collettività nazionale, rilevato dall'ISTAT, ponderata con gli stessi pesi utilizzati dal predetto Istituto.

Nel corso di ogni anno solare l'adeguamento si effettua adottando come base il riferimento iniziale e per gli aggiornamenti l'indice del mese di giugno dell'anno precedente.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a partire dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice da parte dell'ISTAT o dei pesi del paniere, verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile e/o all'ultimo paniere disponibile.

Qualora l'ISTAT modifichi la composizione ed i parametri del suddetto indice, è facoltà della Società calcolare l'adeguamento in base al nuovo Indice "spese mediche" o proporre un indice diverso. In tal caso, la società comunica la variazione al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

ART. 2.9 ONERI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

ART. 2.10 RINVIO ALLA LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

3. Prestazioni

ART. 3.1 INFORMAZIONI SANITARIE

La prestazione è fornita dalle 9.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato desiderasse avere informazioni sanitarie relativamente a:

- Cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso; centri di riabilitazione e Residenze Sanitario-Assistenziali;
- Medici specialisti, centri sanitari nazionali e internazionali;
- Centri sanitari appropriati ed attrezzati per la cura della patologia sofferta;

potrà contattare la Struttura Organizzativa che fornirà all'Assicurato le informazioni richieste.

Le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo per l'Assicurato.

ART. 3.2 CONSULENZE MEDICHE SPECIALISTICHE

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio o malattia, necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente o attraverso il medico che lo ha in cura sul posto, i medici specialisti della Struttura Organizzativa.

Tali medici specialisti possono essere:

- Neurologo;
- Cardiologo;
- Geriatra;
- Psicologo;
- Ortopedico.

L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta, il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

ART. 3.3 SUPPORTO PSICOLOGICO IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La prestazione è fornita dalle 9.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato, non autosufficiente secondo quanto previsto dalla polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, necessitasse di un supporto psicologico, potrà contattare la Struttura Organizzativa che lo metterà in contatto con lo psicologo convenzionato più vicino.

La Società terrà a proprio carico i costi delle sedute per un massimo di 3 sedute per sinistro e per anno.

Ai fini della presente garanzia è richiesta la prescrizione del medico curante che giustifichi la necessità del supporto psicologico.

ART. 3.4 MEDICAL ADVICE PROGRAM

Qualora l'Assicurato abbia un'alterazione dello stato di salute, per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e richieda un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, i medici della Struttura Organizzativa, effettuata l'analisi del quadro clinico dell'Assicurato, offriranno la possibilità di accedere al Medical Advice Program, che prevede i seguenti tre livelli di assistenza:

- Consulenza medica di secondo livello

Per accedere al Medical Advice Program, l'Assicurato deve telefonare alla Struttura Organizzativa e spiegare il caso clinico per il quale richiede la seconda opinione medica.

I medici della Struttura Organizzativa, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questi l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i suoi medici curanti.

In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e, se richiesta, potrà essere definita una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici.

- **Seconda opinione medica**

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva da parte dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico e all'elaborazione dei quesiti che verranno posti ai medici specialisti.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa - attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri - al Network medico di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, avvalendosi dell'esperienza di centri di eccellenza qualificati, potrà richiedere di visitare il paziente stesso. I costi della visita specialistica sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di una visita per sinistro.

I medici del Network medico di riferimento formuleranno rapidamente una risposta scritta di seconda opinione medica, che verrà inviata all'Assicurato per il tramite della Struttura Organizzativa. Se necessario quest'ultima potrà fornire un ausilio nell'interpretazione della risposta stessa.

- **Seconda opinione internazionale**

Qualora su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o del Network medico di riferimento si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di seconda opinione internazionale. Tale servizio prevederà la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico alla struttura internazionale individuata e la predisposizione di una risposta scritta di seconda opinione medica da parte della struttura internazionale.

- **Modalità di erogazione della prestazione Medical Advice Program**

Ricevuta la richiesta di prestazione, la Struttura Organizzativa invierà un modello che l'Assicurato dovrà compilare e restituire unitamente alla documentazione convenuta durante il colloquio di inquadramento del caso eseguito con il personale medico della Struttura Organizzativa stessa.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa garanzia, i medici che l'hanno visitato o curato in relazione al sinistro.

Ricevuta la documentazione clinica sarà la Struttura Organizzativa a provvedere a trasmetterla al Network medico di riferimento.

Formulata la seconda opinione medica, il Network medico di riferimento la invierà alla Struttura Organizzativa la quale lo farà pervenire all'Assicurato.

I costi relativi all'erogazione del parere medico, alla trasmissione della documentazione clinica scritta e/o iconografica e all'eventuale traduzione in lingua inglese della documentazione clinica e in lingua italiana della seconda opinione internazionale restano direttamente a carico della Struttura Organizzativa. *Restano invece a carico dell'Assicurato i costi che lo stesso debba sostenere per la prima trasmissione della documentazione clinica e diagnostica alla Struttura Organizzativa.*

ART. 3.5 RIVALUTAZIONE AMBIENTALE DOMESTICA

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, necessiti di assistenza professionale per la determinazione dei lavori necessari per l'adeguamento e le modifiche da realizzare all'abitazione, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare, previa richiesta dell'Assicurato o di uno dei suoi familiari, un tecnico specializzato per una visita ispettiva dell'abitazione di residenza dell'Assicurato stesso sostenendone direttamente le spese. *Restano comunque esclusi i costi degli eventuali interventi di adeguamento dell'abitazione.*

ART. 3.6 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST-RICOVERO “PRIMO SOCCORSO”

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** ed a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 2 pernottamenti dovuto ad infortunio o malattia, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendo direttamente le spese nei 10 giorni successivi alle dimissioni e fino ad un massimo di 20 giorni per sinistro e per anno assicurativo:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico o in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro.

Restano comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 3.7 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST-RICOVERO “AVANZATA”

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** ed a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 10 pernottamenti dovuto ad infortunio o malattia, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendone direttamente le spese nei 20 giorni successivi alle dimissioni e fino ad un massimo di 40 giorni per sinistro e per anno assicurativo:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;
- personale addetto all'effettuazione di prelievi del sangue compresa la consegna degli esiti di accertamenti diagnostici;
- personale non sanitario addetto a servizi: di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico o in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro.

La presente garanzia per lo stesso sinistro non è cumulabile a quanto previsto al precedente Art. 3.6 restando comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 3.8 SERVIZI SANITARI E NON SANITARI DI ASSISTENZA SU RICHIESTA

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** ed a seguito di dimissioni da ricovero dovuto ad infortunio o malattia, necessiti di assistenza prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali per servizi di natura sanitaria e non sanitaria:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;

- personale addetto all'effettuazione di prelievi del sangue compresa la consegna degli esiti di accertamenti diagnostici;
- personale non sanitario addetto a servizi: di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

Restano a carico dell'Assicurato i costi relativi alle prestazioni erogate dal personale medico e paramedico e dalle altre figure professionali coinvolte.

ART. 3.9 ACCESSO A NETWORK SALUTE

La prestazione è fornita dalle 9.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, debba essere ricoverato o sottoposto ad un intervento chirurgico, visita specialistica o sostenere un accertamento diagnostico e/o esami di laboratorio, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato, il medico specialista, il centro diagnostico o il laboratorio di analisi ritenuto più idoneo per il caso.

Le prestazioni mediche e sanitarie (visite specialistiche, analisi, accertamenti diagnostici, ecc.) saranno messe a disposizione dell'Assicurato a condizioni di favore, grazie a convenzioni stipulate dalla Struttura Organizzativa con case di cura, centri diagnostici, laboratori di analisi e centri di medicina specialistica.

ART. 3.10 RICERCA E SEGNALAZIONE DEI CENTRI CLINICI SPECIALIZZATI

La prestazione è fornita dalle 9.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, necessiti di essere ricoverato presso una Residenza Sanitario Assistenziale ovvero presso un Centro di riabilitazione per persone non autosufficienti, potrà essere richiesto l'intervento della Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, individuerà e segnalerà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro clinico specializzato in Italia.

ART. 3.11 TRASPORTO DELL'ASSICURATO

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, necessiti di un trasporto con autoambulanza tra la Residenza Sanitario-Assistenziale o l'istituto di cura ed il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto nell'ambito della regione di residenza sostenendone direttamente le spese fino ad una percorrenza massima di Km. 200 andata/ritorno per sinistro con il limite di Km. 400 per annualità assicurativa.

4. Delimitazioni dell'Assicurazione

ART. 4.1 VALIDITÀ TERRITORIALE

Tutte le prestazioni vengono fornite esclusivamente all'interno del territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano ad eccezione delle consulenze mediche ed informazioni telefoniche che hanno validità anche all'estero.

ART. 4.2 PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o AIDS, comunque non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'indennizzo.

In questo caso la Società rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

ART. 4.3 ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende le conseguenze di:

- a) attività dolosa del Contraente o dell'Assicurato;*
- 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 trascorsi 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 sei mesi;*
- f) infortuni e malattie intenzionalmente procurati, alcolismo, 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 escluso l'incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;*
- i) infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- j) infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*

- k) *infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;*
- l) *infortuni, malattie e stati patologici conseguenti a malattie mentali o disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- m) *infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto effetto di allucinogeni.*

ART. 4.4 TERMINI DI ASPETTATIVA

Dal giorno di effetto del contratto, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) *dello stesso giorno per gli infortuni;*
- b) *del trentesimo giorno successivo per le malattie;*
- c) *del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società;*
- d) *del trecentosessantacinquesimo giorno successivo per le malattie che diano luogo a perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato ai sensi della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** abbinata.*

Qualora questo contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto questo contratto, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso di questo contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

ART. 4.5 ABBINAMENTO A VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA

*L'operatività della presente polizza è subordinata all'esistenza, validità ed efficacia della polizza di riferimento abbinata **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** indicata in contratto.*

*Il venir meno, a seguito di recesso o risoluzione, della garanzia di cui alla predetta polizza di riferimento abbinata **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** determina la cessazione contestuale anche della presente assicurazione.*

In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso.

5. Norme generali

ART. 5.1 ATTIVAZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Le prestazioni oggetto della presente polizza sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa.

ART. 5.2 MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per beneficiare delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

al numero verde **800 904 596**

oppure al numero **+39 02 58 245 356**

L'Assicurato all'atto della richiesta della prestazione dovrà comunicare:

- a) *il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) *nome e cognome;*
- c) *numero di polizza preceduto dalla sigla LVLO;*
- d) *indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) *il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di telefonare, potrà inviare un telegramma a Europ Assistance Service S.p.A., Piazza Trento, 8 - 20135 Milano.

La Struttura Organizzativa è in funzione:

- 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni di cui agli Artt. 3.2, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8 e 3.11;
- dalle ore 9,00 alle ore 18,00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli Artt. 3.1, 3.3, 3.9 e 3.10.

ART. 5.3 INESISTENZA DELL'OBBLIGO DI FORNIRE PRESTAZIONI ALTERNATIVE

Qualora l'Assicurato non usufruisca delle prestazioni previste dalla presente garanzia non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

ART. 5.4 ALTRE ASSICURAZIONI ASSISTENZA

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra polizza Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente polizza ad altra Società, le suddette prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

ART. 5.5 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie riguardanti la polizza, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre arbitri, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo dai due arbitri così nominati.

In caso di disaccordo sulla nomina del terzo arbitro e/o nel caso in cui una Parte non nomini il proprio arbitro, questi verranno nominati, su istanza della Parte interessata, dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

Le decisioni del Collegio arbitrale 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 arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno degli arbitri si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

ART. 5.6 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO SINISTRO

In caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) *acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo;*
- 2) *fornire alla Struttura Organizzativa ogni informazione necessaria per la verifica del diritto alle prestazioni previste dal contratto;*
- 3) *presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa.*

L'inadempimento ai suddetti obblighi può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

Il diritto alle prestazioni decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro ove previsto.

ART. 5.7 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, di cui all'Art. 1916 del Codice Civile, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio o della malattia.

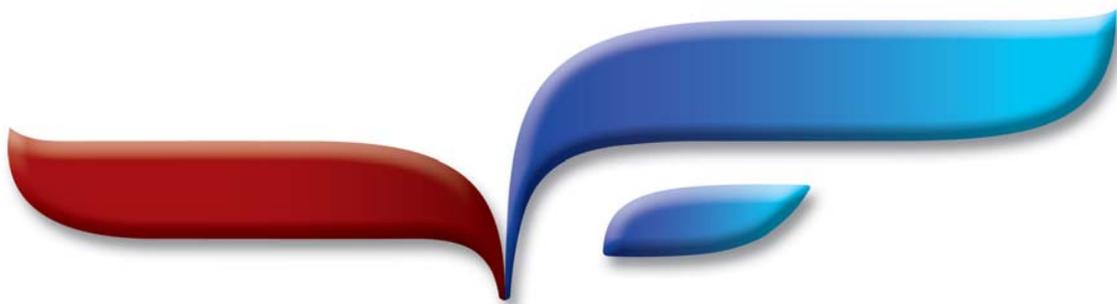
Tabella aggiornamento premio

Tabella 1

VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA ORO - Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato.

ORO Percentuali di aumento del premio rispetto all'annualità precedente

ETÀ	MASCHI	FEMMINE	ETÀ	MASCHI	FEMMINE	ETÀ	MASCHI	FEMMINE
50	1,86	1,87	67	1,54	1,54	84	1,27	1,27
51	1,86	1,84	68	1,53	1,53	85	1,24	1,25
52	1,83	1,84	69	1,51	1,51	86	1,24	1,24
53	1,79	1,80	70	1,50	1,49	87	1,22	1,22
54	1,80	1,79	71	1,47	1,48	88	1,21	1,21
55	1,77	1,77	72	1,45	1,45	89	1,20	1,19
56	1,74	1,74	73	1,45	1,45	90	1,18	1,18
57	1,74	1,74	74	1,43	1,42	91	1,17	1,16
58	1,71	1,70	75	1,41	1,41	92	1,14	1,15
59	1,68	1,70	76	1,38	1,38	93	1,14	1,14
60	1,67	1,67	77	1,38	1,39	94	1,13	1,12
61	1,66	1,65	78	1,35	1,35	95	1,10	1,11
62	1,64	1,64	79	1,34	1,34	96	1,09	1,09
63	1,61	1,62	80	1,34	1,33	97	1,09	1,09
64	1,60	1,59	81	1,31	1,32	98	1,07	1,06
65	1,58	1,58	82	1,29	1,29	99	1,05	1,06
66	1,56	1,56	83	1,29	1,28	100 e oltre	1,00	1,00



VIVIFUTURO

PROTEZIONE ASSISTENZA
POLIZZA ABBINATA A VIVIFUTURO
PROTEZIONE AUTONOMIA

FORMULA PLATINO

VIVIFUTURO
Lloyd Italice
DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI

Indice

VIVIFUTURO - PROTEZIONE ASSISTENZA - Formula Platino

• 1. Definizioni	pag.	42
• 2. Norme comuni	“	44
Art. 2.1 Durata e proroga dell'assicurazione	“	44
Art. 2.2 Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione	“	44
Art. 2.3 Adeguamento annuale del premio in base all'età dell'assicurato	“	44
Art. 2.4 Adeguamento del premio: rivedibilità della tariffa	“	45
Art. 2.5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni	“	45
Art. 2.6 Assicurazione presso diversi assicuratori	“	45
Art. 2.7 Recesso in caso di sinistro entro i primi due anni	“	45
Art. 2.8 Indicizzazione	“	46
Art. 2.9 Oneri	“	46
Art. 2.10 Rinvio alla legge	“	46
• 3. Prestazioni	“	47
Art. 3.1 Informazioni sanitarie	“	47
Art. 3.2 Consulenze mediche specialistiche	“	47
Art. 3.3 Supporto psicologico in caso di non autosufficienza	“	47
Art. 3.4 Medical Advice Program	“	47
Art. 3.5 Rivalutazione ambientale domestica	“	48
Art. 3.6 Assistenza domiciliare post-ricovero pre LTC	“	49
Art. 3.7 Assistenza domiciliare pre-ricovero	“	49
Art. 3.8 Consulenze specialistiche pre-ricovero	“	49
Art. 3.9 Assistenza domiciliare integrata post-ricovero “Primo soccorso”	“	50
Art. 3.10 Assistenza domiciliare integrata post-ricovero “Avanzata”	“	50
Art. 3.11 Assistenza domiciliare integrata post-ricovero “Continuativa”	“	50
Art. 3.12 Distance Care e assistenza quotidiana	“	51
Art. 3.13 Servizi sanitari e non sanitari di assistenza su richiesta	“	51
Art. 3.14 Accesso a Network Salute	“	51
Art. 3.15 Ricerca e segnalazione dei centri clinici specializzati	“	52
Art. 3.16 Trasporto dell'Assicurato	“	52
• 4. Delimitazioni dell'assicurazione	“	53
Art. 4.1 Validità territoriale	“	53
Art. 4.2 Persone non assicurabili	“	53
Art. 4.3 Esclusioni	“	53
Art. 4.4 Termini di aspettativa	“	54
Art. 4.5 Abbinamento a VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA	“	54

VIVIFUTURO - PROTEZIONE ASSISTENZA - Formula Platino

• 5. Norme generali	pag.	55
Art. 5.1 Attivazione della Struttura Organizzativa	“	55
Art. 5.2 Modalità per la richiesta di Assistenza	“	55
Art. 5.3 Inesistenza dell’obbligo di fornire prestazioni alternative	“	55
Art. 5.4 Altre assicurazioni assistenza	“	55
Art. 5.5 Controversie Arbitrato - irrituale	“	55
Art. 5.6 Obblighi dell’Assicurato in caso di sinistro	“	56
Art. 5.7 Rinuncia all’azione di rivalsa	“	56
• Tabella aggiornamento premio	“	57

1. Definizioni

Agli effetti del presente contratto si intendono per:

Assicurato

La persona fisica in favore della quale è prestata l'assicurazione.

Contraente

La persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento del relativo premio.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Istituto di cura

Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Network medico di riferimento

L'insieme delle strutture sanitarie, dei centri clinici e dei medici specialisti, convenzionati con la Struttura Organizzativa e selezionati sulla base di criteri di specializzazione e di eccellenza che provvede alla formulazione della seconda opinione medica a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni

Le assistenze prestate agli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce per conto di Toro Assicurazioni S.p.A. - Divisione Lloyd Italico.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Sinistro

Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'assicurazione che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato e che rientra nei termini di polizza.

Società

La di assicurazioni compagnia Toro Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: 10123 Torino - via Mazzini 53 - Sede della Divisione Lloyd Italico: 16121 Genova - via Fieschi 9.

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Service S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da medici, tecnici, operatori che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste dal contratto.

2. Norme comuni

ART. 2.1 DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione, fatto salvo quanto previsto in materia dalle norme di legge, è operante per il periodo di validità contrattualmente stabilito. La Società si obbliga, ferme restando le condizioni di contratto, per tutto il periodo in cui resti in vita l'Assicurato al rinnovo alla scadenza *salvo il verificarsi di uno dei seguenti casi:*

- *esagerazione dolosa dell'entità del sinistro da parte del Contraente o dell'Assicurato;*
- *mancato pagamento del premio entro il 15° giorno dalla scadenza; qualora la Società intenda avvalersi di tale facoltà dovrà darne comunicazione al Contraente il quale avrà ulteriori 15 giorni per adempiere al pagamento del premio in assenza del quale trascorso anche tale periodo il contratto si riterrà risolto;*
- *cessazione del Contraente; in caso di scomparsa del Contraente la Società si obbliga a contrarre con l'Assicurato che ne faccia richiesta entro 60 giorni dalla scadenza annuale alle stesse condizioni di premio in corso percentualmente alla scomparsa del Contraente;*
- *mancata accettazione da parte del Contraente del nuovo premio variato in base a quanto previsto all'Art. 2.4;*
- *cessazione dell'operatività della garanzia della polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA in base a quanto previsto all'Art. 4.5;*
- *cessazione dell'esercizio del ramo Assistenza da parte della Società.*

In mancanza di disdetta data dal Contraente con preavviso di almeno 60 giorni prima della data di scadenza, il contratto - sempreché stipulato almeno per un anno - è prorogato per una durata pari ad un anno e così successivamente.

ART. 2.2 PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Fermi i termini di aspettativa di cui all'Art. 4.4, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui all'Art. 4.4 vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

ART. 2.3 ADEGUAMENTO ANNUALE DEL PREMIO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO

Il premio dell'assicurazione è determinato in base all'età dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto. In occasione di ciascuna scadenza di annualità assicurativa, il premio indicato in polizza per l'Assicurato viene aggiornato applicando la percentuale corrispondente all'età raggiunta dell'Assicurato stesso ed indicata nella tabella 1 allegata. Al premio per la nuova annualità andrà applicato quanto previsto dall'Art. 2.8 "Indicizzazione".

ART. 2.4 ADEGUAMENTO DEL PREMIO: RIVEDIBILITÀ DELLA TARIFFA

Qualora l'andamento tecnico della totalità dei contratti sottoscritti dalla Società aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA evidenzino uno scostamento rispetto alle basi statistico-attuariali utilizzate per la determinazione della tariffa, la Società almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa, può richiedere l'adeguamento del premio in base alla tariffa vigente al momento della richiesta.

L'adeguamento del premio potrà avvenire ad intervalli non inferiori a 5 annualità ed è subordinato al superamento, in almeno 2 degli ultimi 3 esercizi, del valore percentuale 85 del "rapporto tra sinistri e premi" riferito alla totalità dei contratti aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE. Ai fini della presente clausola per "rapporto tra sinistri e premi" deve intendersi il rapporto tra l'ammontare dei sinistri pagati nel corso dell'esercizio ed premi, al netto dell'imposta, incassati nello stesso periodo riferiti alla totalità dei contratti aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE. Per la verifica della sussistenza delle condizioni che determinano l'adeguamento del premio la Società si avvarrà dell'intervento di un Attuario professionista, esterno alla Società. La nuova tariffa verrà applicata alla totalità dei contratti stipulati con la Società aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE. Il Contraente, qualora non accettasse le nuove condizioni di premio, avrà la facoltà di astenersi dal pagamento del premio in deroga a quanto disposto al precedente Art. 2.2 ed il contratto si risolverà senza necessità di dare disdetta.

ART. 2.5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO E FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti che costituiscono parte integrante del contratto.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

ART. 2.6 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

ART. 2.7 RECESSO IN CASO DI SINISTRO ENTRO I PRIMI DUE ANNI

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni le Parti possono recedere dall'assicurazione. In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso ovvero, qualora sia comunicato mena di 30 giorni prima di tale data, il recesso stesso avrà effetto trascorsi 30 giorni dal ricevimento della raccomandata. In caso di recesso esercitato dal Contraente, questo potrà avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata.

In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso.

La Società rinuncia a tale facoltà di recesso decorsi due anni dalla data di stipulazione del contratto di assicurazione.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

ART. 2.8 INDICIZZAZIONE

Le somme assicurate, il premio, le franchigie, i minimi ed i massimi di scoperto ed i limiti di indennizzo espressi in misura fissa, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'Indice "spese mediche", rappresentato dalla media aritmetica dei numeri indici "servizi medici, analisi cliniche ed accertamenti diagnostici, servizi ospedalieri", tratti dall'Indice dei Prezzi al consumo per l'intera collettività nazionale, rilevato dall'ISTAT, ponderata con gli stessi pesi utilizzati dal predetto Istituto.

Nel corso di ogni anno solare l'adeguamento si effettua adottando come base il riferimento iniziale e per gli aggiornamenti l'indice del mese di giugno dell'anno precedente.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a partire dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice da parte dell'ISTAT o dei pesi del paniere, verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile e/o all'ultimo paniere disponibile.

Qualora l'ISTAT modifichi la composizione ed i parametri del suddetto indice, è facoltà della società calcolare l'adeguamento in base al nuovo Indice "spese mediche" o proporre un indice diverso. In tal caso, la società comunica la variazione al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

ART. 2.9 ONERI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

ART. 2.10 RINVIO ALLA LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

3. Prestazioni

ART. 3.1 INFORMAZIONI SANITARIE

La prestazione è fornita dalle 9.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato desiderasse avere informazioni sanitarie relativamente a:

- Cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso; centri di riabilitazione e Residenze Sanitario-Assistenziali;
- Medici specialisti, centri sanitari nazionali e internazionali;
- Centri sanitari appropriati ed attrezzati per la cura della patologia sofferta; potrà contattare la Struttura Organizzativa che fornirà all'Assicurato le informazioni richieste.

ART. 3.2 CONSULENZE MEDICHE SPECIALISTICHE

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio o malattia, necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente o attraverso il medico che lo ha in cura sul posto, i medici specialisti della Struttura Organizzativa.

Tali medici specialisti possono essere:

- Neurologo;
- Cardiologo;
- Geriatra;
- Psicologo;
- Ortopedico.

L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta, il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

ART. 3.3 SUPPORTO PSICOLOGICO IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La prestazione è fornita dalle 9.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato, non autosufficiente secondo quanto previsto dalla polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, necessitasse di un supporto psicologico, potrà contattare la Struttura Organizzativa che lo metterà in contatto con lo psicologo convenzionato più vicino.

La Società terrà a proprio carico i costi delle sedute per un massimo di 3 sedute per sinistro e per anno.

Ai fini della presente garanzia è richiesta la prescrizione del medico curante che giustifichi la necessità del supporto psicologico.

ART. 3.4 MEDICAL ADVICE PROGRAM

Qualora l'Assicurato abbia un'alterazione dello stato di salute, per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e richieda un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, i medici della Struttura Organizzativa, effettuata l'analisi del quadro clinico dell'Assicurato, offriranno la possibilità di accedere al Medical Advice Program, che prevede i seguenti tre livelli di assistenza:

- Consulenza medica di secondo livello

Per accedere al Medical Advice Program, l'Assicurato deve telefonare alla Struttura Organizzativa e spiegare il caso clinico per il quale richiede la seconda opinione medica.

I medici della Struttura Organizzativa, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questi l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i suoi medici curanti.

In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e, se richiesta, potrà essere definita una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici.

- **Seconda opinione medica**

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva da parte dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico e all'elaborazione dei quesiti che verranno posti ai medici specialisti.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa - attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri al Network medico di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, avvalendosi dell'esperienza di centri di eccellenza qualificati, potrà richiedere di visitare il paziente stesso. I costi della visita specialistica sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di una visita per sinistro.

I medici del Network medico di riferimento formuleranno rapidamente una risposta scritta di seconda opinione medica, che verrà inviata all'Assicurato per il tramite della Struttura Organizzativa. Se necessario quest'ultima potrà fornire un ausilio nell'interpretazione della risposta stessa.

- **Seconda opinione internazionale**

Qualora su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o del Network medico di riferimento si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di seconda opinione internazionale. Tale servizio prevederà la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico alla struttura internazionale individuata e la predisposizione di una risposta scritta di seconda opinione medica da parte della struttura internazionale.

- **Modalità di erogazione della prestazione Medical Advice Program**

Ricevuta la richiesta di prestazione, la Struttura Organizzativa invierà un modello che l'Assicurato dovrà compilare e restituire unitamente alla documentazione convenuta durante il colloquio di inquadramento del caso eseguito con il personale medico della Struttura Organizzativa stessa.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa garanzia, i medici che l'hanno visitato o curato in relazione al sinistro.

Ricevuta la documentazione clinica sarà la Struttura Organizzativa a provvedere a trasmetterla al Network medico di riferimento.

Formulata la seconda opinione medica, il Network medico di riferimento la invierà alla Struttura Organizzativa la quale lo farà pervenire all'Assicurato.

I costi relativi all'erogazione del parere medico, alla trasmissione della documentazione clinica scritta e/o iconografica e all'eventuale traduzione in lingua inglese della documentazione clinica e in lingua italiana della seconda opinione internazionale restano direttamente a carico della Struttura Organizzativa. *Restano invece a carico dell'Assicurato i costi che lo stesso debba sostenere per la prima trasmissione della documentazione clinica e diagnostica alla Struttura Organizzativa.*

ART. 3.5 RIVALUTAZIONE AMBIENTALE DOMESTICA

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, necessiti di assistenza professionale per la determinazione dei lavori necessari per l'adeguamento e le modifiche da realizzare all'abitazione, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare, previa richiesta dell'Assicurato o di uno dei suoi familiari, un tecnico specializzato per una visita ispettiva dell'abitazione di residenza dell'Assicurato stesso sostenendone direttamente le spese.

Restano comunque esclusi i costi degli eventuali interventi di adeguamento dell'abitazione.

ART. 3.6 ASSISTENZA DOMICILIARE POST-RICOVERO PRE LTC

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 15 pernottamenti dovuto ad infortunio o malattia, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 60 giorni per sinistro e per anno assicurativo:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;
- personale addetto all'effettuazione di prelievi del sangue compresa la consegna degli esiti di accertamenti diagnostici;
- personale non sanitario addetto a servizi di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico o in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro. Le prestazioni di cui al presente articolo sono erogabili sino all'accertamento dello stato di non autosufficienza a termini della polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA restando comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 3.7 ASSISTENZA DOMICILIARE PRE-RICOVERO

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato ed i suoi medici curanti; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato risulti in attesa per il ricovero presso Residenza Sanitaria Assistenziale, ovvero reparto per lungo-degenti in istituto di cura, con durata superiore a 30 giorni e necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare le seguenti forme di assistenza domiciliare dell'Assicurato sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 15 giorni per anno assicurativo:

- assistenza domiciliare prestata da operatore assistenziale fino al massimo di 8 ore giornaliere;
- assistenza domiciliare di personale paramedico fino al massimo di 4 ore giornaliere.

Le prestazioni di cui al presente articolo sono erogabili previa verifica della necessità della prestazione, comprovata da opportuna certificazione medica e da richiesta di ricovero presso una delle suddette tipologie di istituto di cura, e comunque sino all'accertamento dello stato di non autosufficienza a termini della polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA.

ART. 3.8 CONSULENZE SPECIALISTICHE PRE-RICOVERO

Qualora l'Assicurato risulti in attesa per il ricovero presso Residenza Sanitaria Assistenziale, ovvero reparto per lungo-degenti in istituto di cura, con durata superiore a 30 giorni e necessiti di consulenze medico specialistiche di supporto, potrà contattare, direttamente o attraverso il medico che lo ha in cura sul posto, i medici specialisti della Struttura Organizzativa.

Tali medici specialisti possono essere:

- Internista;
- Geriatra;
- Psicologo;
- Ortopedico.

L'Assicurato o i suoi familiari devono comunicare il motivo della richiesta, il nome dell'eventuale medico curante ed il recapito telefonico.

ART. 3.9 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST-RICOVERO “PRIMO SOCCORSO”

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** ed a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 2 pernottamenti dovuto ad infortunio o malattia, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendone direttamente le spese nei 10 giorni successivi alle dimissioni e fino ad un massimo di 20 giorni per sinistro e per anno assicurativo:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico o in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro.

Restano comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 3.10 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST-RICOVERO “AVANZATA”

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** ed a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 10 pernottamenti dovuto ad infortunio o malattia, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendone direttamente le spese nei 20 giorni successivi alle dimissioni e fino ad un massimo di 40 giorni per sinistro e per anno assicurativo:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;
- personale addetto all'effettuazione di prelievi del sangue compresa la consegna degli esiti di accertamenti diagnostici;
- personale non sanitario addetto a servizi: di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico o in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro.

La presente garanzia per lo stesso sinistro non è cumulabile a quanto previsto al precedente Art. 3.9 restando comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 3.11 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST-RICOVERO “CONTINUATIVA”

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** ed a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 15 pernottamenti dovuto ad infortunio o malattia, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendone direttamente le spese nei 60 giorni successivi alle dimissioni e fino ad un massimo di 60 giorni per sinistro e per anno assicurativo:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;

- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;
- personale addetto all'effettuazione di prelievi del sangue compresa la consegna degli esiti di accertamenti diagnostici;
- personale non sanitario addetto a servizi: di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico o in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro.

La presente garanzia per lo stesso sinistro non è cumulabile a quanto previsto ai precedenti Artt. 3.9 e 3.10 restando comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 3.12 DISTANCE CARE E ASSISTENZA QUOTIDIANA

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 72 ore.

In caso di ricovero dovuto ad infortunio o malattia dell'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, con almeno 5 pernottamenti con intervento chirurgico o con almeno 15 pernottamenti senza intervento chirurgico, la Struttura Organizzativa, su richiesta scritta del medico curante dell'Assicurato, provvederà ad organizzare e gestire l'invio di personale tecnico specializzato per l'installazione presso il domicilio dell'Assicurato di un sistema di comunicazione audio-visuale e di trasmissione di alcuni dati clinici (distance care), utilizzato dal personale medico e paramedico che assiste l'Assicurato fino ad un massimo di 60 giorni consecutivi per anno. *Restano a carico dell'Assicurato i costi relativi alle prestazioni erogate dal personale medico e paramedico e per l'installazione ed utilizzo degli apparati con i relativi costi telefonici.*

ART. 3.13 SERVIZI SANITARI E NON SANITARI DI ASSISTENZA SU RICHIESTA

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** ed a seguito di dimissioni da ricovero dovuto ad infortunio o malattia, necessita di assistenza prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali per servizi di natura sanitaria e non sanitaria:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;
- personale addetto all'effettuazione di prelievi del sangue compresa la consegna degli esiti di accertamenti diagnostici;
- personale non sanitario addetto a servizi: di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

Restano a carico dell'Assicurato i costi relativi alle prestazioni erogate dal personale medico e paramedico e dalle altre figure professionali coinvolte.

ART. 3.14 ACCESSO A NETWORK SALUTE

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, debba essere ricoverato o sottoposto ad un intervento chirurgico, visita specialistica o sostenere un accertamento diagnostico e/o esami di laboratorio, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato, il medico specialista, il centro diagnostico o il laboratorio di analisi ritenuto più idoneo per il caso.

Le prestazioni mediche e sanitarie (visite specialistiche, analisi, accertamenti diagnostici, ecc.) saranno messe a disposizione dell'Assicurato a condizioni di favore, grazie a convenzioni stipulate dalla Struttura Organizzativa con case di cura, centri diagnostici, laboratori di analisi e centri di medicina specialistica.

ART. 3.15 RICERCA E SEGNALAZIONE DEI CENTRI CLINICI SPECIALIZZATI

La prestazione è fornita dalle 9.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, necessiti di essere ricoverato presso una Residenza Sanitaria Assistenziale ovvero presso un Centro di riabilitazione per persone non autosufficienti, potrà essere richiesto l'intervento della Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, individuerà e segnalerà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro clinico specializzato in Italia.

ART. 3.16 TRASPORTO DELL'ASSICURATO

Qualora l'Assicurato, una volta accertato lo stato di non autosufficienza a termini della polizza **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, necessiti di un trasporto con autoambulanza tra la Residenza Sanitaria-Assistenziale o l'istituto di cura ed il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto nell'ambito della regione di residenza sostenendone direttamente le spese fino ad una percorrenza massima di Km. 200 andata/ritorno per sinistro con il limite di Km. 400 per annualità assicurativa.

4. Delimitazioni dell'Assicurazione

ART. 4.1 VALIDITÀ TERRITORIALE

Tutte le prestazioni vengono fornite esclusivamente all'interno del territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano ad eccezione delle consulenze mediche ed informazioni telefoniche che hanno validità anche all'estero.

ART. 4.2 PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o AIDS, comunque non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'indennizzo.

In questo caso la Società rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

ART. 4.3 ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende le conseguenze di:

- a) attività dolosa del Contraente o dell'Assicurato;*
- 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 trascorsi 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 sei mesi;*
- f) infortuni e malattie intenzionalmente procurati, alcolismo, 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 escluso l'incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;*
- i) infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- j) infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*

- k) *infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;*
- l) *infortuni, malattie e stati patologici conseguenti a malattie mentali o disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- m) *infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto effetto di allucinogeni.*

ART. 4.4 TERMINI DI ASPETTATIVA

Dal giorno di effetto del contratto, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) *dello stesso giorno per gli infortuni;*
- b) *del trentesimo giorno successivo per le malattie;*
- c) *del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società;*
- d) *del trecentosessantacinquesimo giorno successivo per le malattie che diano luogo a perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato ai sensi della polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA abbinata.*

Qualora questo contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto questo contratto, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso di questo contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

ART. 4.5 ABBINAMENTO A VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA

L'operatività della presente polizza è subordinata all'esistenza, validità ed efficacia della polizza di riferimento abbinata VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA indicata in contratto.

Il venir meno, a seguito di recesso o risoluzione, della garanzia di cui alla predetta polizza di riferimento abbinata VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA determina la cessazione contestuale anche della presente assicurazione.

In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso.

5. Norme generali

ART. 5.1 ATTIVAZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Le prestazioni oggetto della presente polizza sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa.

ART. 5.2 MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per beneficiare delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

al numero verde 800 904 596

oppure al numero +39 02 58 245 356

L'Assicurato all'atto della richiesta della prestazione dovrà comunicare:

- a) *il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) *nome e cognome;*
- c) *numero di polizza preceduto dalla sigla LVLP;*
- d) *indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) *il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di telefonare, potrà inviare un telegramma a Europ Assistance Service S.p.A., Piazza Trento, 8 - 20135 Milano.

La Struttura Organizzativa è in funzione:

- 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni di cui agli Artt. 3.2, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.10, 3.11, 3.12, 3.13 e 3.16;
- dalle ore 9,00 alle ore 18,00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli Artt. 3.1, 3.3, 3.14 e 3.15.

ART. 5.3 INESISTENZA DELL'OBBLIGO DI FORNIRE PRESTAZIONI ALTERNATIVE

Qualora l'Assicurato non usufruisca delle prestazioni previste dalla presente garanzia non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

ART. 5.4 ALTRE ASSICURAZIONI ASSISTENZA

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra polizza Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente polizza ad altra Società, le suddette prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali costi a lui addebitati dalla Società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

ART. 5.5 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie riguardanti la polizza, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre arbitri, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo dai due arbitri così nominati.

In caso di disaccordo sulla nomina del terzo arbitro e/o nel caso in cui una Parte non nomini il proprio arbitro, questi verranno nominati, su istanza della Parte interessata, dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

Le decisioni del Collegio arbitrale 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 arbitrale sono vincolanti per le Parti anche se uno degli arbitri si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

ART. 5.6 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) *acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo;*
- 2) *fornire alla Struttura Organizzativa ogni informazione necessaria per la verifica del diritto alle prestazioni previste dal contratto;*
- 3) *presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa.*

L'inadempimento ai suddetti obblighi può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

Il diritto alle prestazioni decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro ove previsto.

ART. 5.7 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, di cui all'Art. 1916 del Codice Civile, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio o della malattia.

Tabella aggiornamento premio

Tabella 1

VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA PLATINO - Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato.

PLATINO Percentuali di aumento del premio rispetto all'annualità precedente

ETÀ	MASCHI	FEMMINE	ETÀ	MASCHI	FEMMINE	ETÀ	MASCHI	FEMMINE
50	1,86	1,87	67	1,50	1,50	84	1,26	1,26
51	1,83	1,83	68	1,48	1,48	85	1,25	1,26
52	1,82	1,82	69	1,46	1,45	86	1,25	1,24
53	1,79	1,79	70	1,44	1,45	87	1,23	1,24
54	1,76	1,76	71	1,43	1,43	88	1,23	1,23
55	1,74	1,74	72	1,41	1,41	89	1,22	1,21
56	1,73	1,72	73	1,40	1,40	90	1,21	1,22
57	1,69	1,70	74	1,38	1,39	91	1,20	1,20
58	1,67	1,67	75	1,38	1,36	92	1,21	1,20
59	1,65	1,65	76	1,35	1,36	93	1,19	1,19
60	1,63	1,63	77	1,34	1,34	94	1,18	1,19
61	1,61	1,61	78	1,33	1,33	95	1,18	1,18
62	1,59	1,59	79	1,32	1,32	96	1,18	1,18
63	1,57	1,56	80	1,31	1,30	97	1,17	1,17
64	1,55	1,56	81	1,29	1,30	98	1,17	1,17
65	1,53	1,53	82	1,28	1,29	99	1,16	1,16
66	1,51	1,51	83	1,28	1,27	100 e oltre	1,15	1,15



INFORMATIVA AL CONTRAENTE
POLIZZA ASSISTENZA ABBINATA A VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA
MODELLO VFA

Nota informativa predisposta ai sensi dell'art. 123 del Decreto Legislativo del 17 marzo 1995, n. 175, in conformità delle circolari dell'ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo), in materia.

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

La Toro Assicurazioni S.p.A. ha sede legale in ITALIA, a Torino, Via Mazzini 53, impresa iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione italiane A.N. 1.00148 – Società diretta e coordinata da Assicurazioni Generali S.p.A.

La Divisione Lloyd Italic ha sede in ITALIA, a Genova, Via Fieschi 9.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

Legislazione applicabile

Ai sensi dell'art. 122 del Decreto Legislativo del 17 marzo 1995, n. 175, la legislazione applicabile al contratto è quella italiana. Le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

Reclami in merito al contratto o ai sinistri

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Toro Assicurazioni divisione Lloyd Italic - Servizio Reclami - via Mazzini 53 - 10123 Torino; telefax: 011.0029.893; e-mail: servizio.reclami@lia.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 (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle Parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO ASSISTENZA ABBINATO A POLIZZA LONG TERM CARE VITA VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA

Le successive informazioni, relative al contratto e assistenza, hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti della garanzia e non costituiscono pattuizioni contrattuali. Per le condizioni di contratto, si rinvia al testo delle Condizioni di Assicurazione.

Durata del contratto

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dal Contraente almeno 60 giorni prima della data di scadenza, si rinnova tacitamente. La Toro Assicurazioni divisione Lloyd Italico si impegna pertanto al rinnovo contrattuale alla scadenza per tutto il periodo in cui resti in vita l'Assicurato alle condizioni di premio indicate nel contratto (contratto con tacito rinnovo annuale ed a vita intera).

Periodo di carenza (Termini da aspettativa)

La garanzia decorre dalle ore 24:

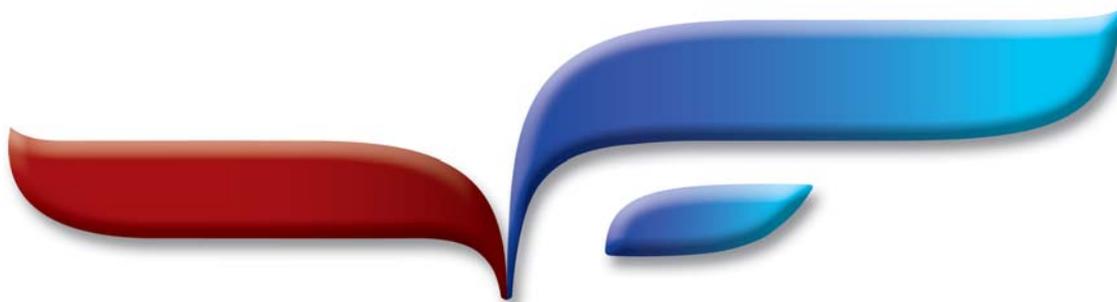
- del giorno di effetto del contratto per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo per le malattie;
- del 180° giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciuto e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate a Toro Assicurazioni divisione Lloyd Italico.
- del 365° giorno successivo per le malattie che diano luogo a perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato ai sensi della polizza VIVIFUTURO Protezione Autonoma (fermi i seguenti casi di inassicurabilità e cessazione automatica dell'assicurazione previsti dal contratto VIVIFUTURO Protezione Assistenza: alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o AIDS).

Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte di Toro Assicurazioni divisione Lloyd Italico possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscrivere, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti di indennizzo, gli obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, il recesso delle Parti nonché sull'importanza di tutte le dichiarazioni pre-contrattuali richieste da Toro Assicurazioni divisione Lloyd Italico.





VIVIFUTURO

PROTEZIONE SALUTE
POLIZZA MALATTIE
E ASSISTENZA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Introduzione

Art. 1. CARATTERISTICHE DELLA SOLUZIONE VIVIFUTURO

La Soluzione VIVIFUTURO consente al Contraente di sottoscrivere più contratti assicurativi come di seguito indicati:

a) Coperture assicurative vita

- VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA: assicurazione a vita intera con capitale rivalutabile a premio unico e premi unici aggiuntivi;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA: assicurazione di rendita vitalizia immediata anticipata a premio annuo rinnovabile o a premio unico, pagabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana.

b) Coperture assicurative danni

- VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA.

Art. 2. REQUISITI PER LA SOTTOSCRIZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Per sottoscrivere le coperture assicurative della Soluzione VIVIFUTURO, il Contraente deve aver sottoscritto e perfezionato almeno il prodotto VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA e almeno una tra le coperture assicurative vita VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA e le coperture assicurative danni VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE e VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA.

Tutte le coperture assicurative vita e danni sopra indicate devono essere sottoscritte dallo stesso Contraente. L'unico Assicurato delle coperture assicurative vita e almeno uno degli assicurati delle coperture assicurative danni devono coincidere; in ogni caso, al momento della sottoscrizione delle predette coperture assicurative tutti gli assicurati devono avere un'età compresa tra 50 e 70 anni.

Trascorso almeno un anno dalla sottoscrizione dei primi contratti della Soluzione VIVIFUTURO, il Contraente ha la facoltà di sottoscrivere ulteriori coperture assicurative vita e danni, appartenenti alla Soluzione stessa ad esclusione del prodotto VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA.

Art. 3. PERDITA DEI REQUISITI PER LA SOTTOSCRIZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Il Contraente perde la facoltà di sottoscrivere nuove coperture assicurative della Soluzione VIVIFUTURO se non sono più in vigore le coperture assicurative delle condizioni di cui al primo capoverso dell'art. 2.

Art. 4. PERDITA DEI REQUISITI PER EFFETTUARE ULTERIORI VERSAMENTI NELLA SOLUZIONE VIVI FUTURO GESTIONE ASSICURATIVA

In deroga alle Condizioni di Polizza di VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il Contraente perde la facoltà di effettuare versamenti aggiuntivi nell'ipotesi di perdita dei requisiti di cui all'art. 3.

Art. 5. MODALITÀ DI VERSAMENTO DEI PREMI

Ad integrazione delle condizioni contrattuali previste dalle coperture assicurative vita e danni, a condizione che sia trascorso almeno un anno dalla sottoscrizione della polizza VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il Contraente ha facoltà di riscattare parzialmente, alle condizioni di cui all'art. 7 delle condizioni contrattuali della polizza VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il capitale assicurato nella predetta copertura assicurativa vita, alle date di scadenza dei premi delle coperture assicurative danni, e/o

della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** eventualmente sottoscritte dal Contraente stesso.

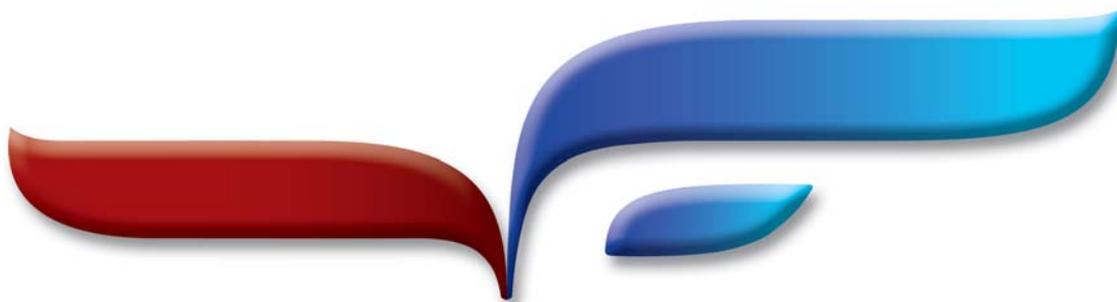
Ogni riscatto parziale, al netto di eventuali imposte, sarà pari all'importo dei premi da corrispondere per le coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**. L'importo liquidato sarà pertanto utilizzato per i premi in scadenza delle coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, in vigore.

Il Contraente esprime tale facoltà sottoscrivendo apposita autorizzazione riportata nella proposta di assicurazione del prodotto **VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA**.

A seguito dell'autorizzazione a procedere ai riscatti parziali da parte del Contraente non sarà possibile il frazionamento infrannuale del versamento dei premi delle coperture assicurative danni, e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** eventualmente sottoscritte dal Contraente.

Il Contraente viene informato, annualmente, con comunicazione da parte della Società dell'operazione di riscatto parziale e ha comunque facoltà di revocare il riscatto parziale comunicando tale volontà alla Società almeno 60 giorni prima della data di scadenza dei premi delle coperture assicurative danni sottoscritte e **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**.

Nel caso in cui perda effetto l'autorizzazione ai riscatti parziali rilasciata dal Contraente, resta fermo l'obbligo per il Contraente al pagamento dei premi in scadenza delle coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** nei termini previsti dalle rispettive condizioni di assicurazione.



VIVIFUTURO

PROTEZIONE SALUTE
POLIZZA MALATTIE
E ASSISTENZA

FORMULA ARGENTO

VIVIFUTURO
Lloyd Italicò
DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI

Indice

VIVIFUTURO - PROTEZIONE SALUTE - Formula Argento

• 1. Definizioni	pag.	8
• 2. Norme comuni	“	10
Art. 2.1 Durata e proroga dell'assicurazione	“	10
Art. 2.2 Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione	“	10
Art. 2.3 Adeguamento annuale del premio in base all'età dell'Assicurato	“	10
Art. 2.4 Adeguamento del premio: rivedibilità della tariffa	“	11
Art. 2.5 Bonus per assenza di sinistri	“	11
Art. 2.6 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni	“	11
Art. 2.7 Dichiarazione di stato di non fumatore	“	12
Art. 2.8 Assicurazione presso diversi assicuratori	“	12
Art. 2.9 Recesso in caso di sinistro entro i primi due anni	“	12
Art. 2.10 Indicizzazione	“	12
Art. 2.11 Oneri	“	13
Art. 2.12 Rinvio alla legge	“	13
• 3. Garanzie	“	14
Art. 3.1 Indennità giornaliera di ricovero	“	14
Art. 3.2 Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero	“	14
Art. 3.3 Rimborso spese di assistenza infermieristica post intervento	“	14
Art. 3.4 Rimborso spese extraricovero (garanzia opzionale)	“	14
• 4. Delimitazioni dell'assicurazione	“	16
Art. 4.1 Validità territoriale	“	16
Art. 4.2 Persone non assicurabili	“	16
Art. 4.3 Esclusioni	“	16
Art. 4.4 Termini di aspettativa	“	17
• 5. Norme operanti in caso di sinistro	“	18
Art. 5.1 Modalità di pagamento: l'indennità giornaliera di ricovero	“	18
Art. 5.2 Modalità di pagamento: il rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero	“	18
Art. 5.3 Documentazione fiscale – Rimborso da terzi	“	18
Art. 5.4 Franchigia	“	18
Art. 5.5 Controversie – Arbitrato irrituale	“	18
Art. 5.6 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	“	19
Art. 5.7 Rinuncia all'azione di rivalsa	“	19

VIVIFUTURO - PROTEZIONE ASSISTENZA - Formula Argento

• 1. Definizioni specifiche	pag.	20
• 2. Prestazioni	“	21
Art. 2.1 Informazioni sanitarie	“	21
Art. 2.2 Informazioni sanitarie in viaggio	“	21
Art. 2.3 Consulenze mediche specialistiche	“	21
Art. 2.4 Assistenza domiciliare integrata post-ricovero “Primo aiuto”	“	21
Art. 2.5 Ricerca e segnalazione Centri Clinici specializzati	“	22
• 3. Norme specifiche assicurazione assistenza	“	23
Art. 3.1 Attivazione della Struttura Organizzativa	“	23
Art. 3.2 Modalità per la richiesta di Assistenza	“	23
Art. 3.3 Insistenza dell’obbligo di fornire prestazioni alternative	“	23
Art. 3.4 Altre assicurazioni assistenza	“	23
• Tabella aggiornamento premio	“	24

1. Definizioni

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Assicurato

La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.

Contraente

La persona che stipula il contratto di assicurazione.

Day hospital

La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.

Franchigia

Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

Per le garanzie che prevedono una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Istituto di cura

Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Non fumatore

L'Assicurato che:

- non ha fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni;
- negli ultimi cinque anni non ha dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

Sinistro

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Società

La Compagnia di assicurazioni Toro Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: 10123 Torino, via Mazzini, 53 - Sede della Divisione Lloyd Italico: 16121 Genova - via Fieschi 9.

2. Norme comuni

ART. 2.1 DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione, fatto salvo quanto previsto in materia dalle norme di legge, è operante per il periodo di validità contrattualmente stabilito. La Società si obbliga, ferme restando le condizioni di contratto, per tutto il periodo in cui resti in vita l'Assicurato al rinnovo alla scadenza salvo il verificarsi di uno dei seguenti casi:

- esagerazione dolosa dell'entità del sinistro da parte del Contraente o dell'Assicurato;
- mancato pagamento del premio entro il 15° giorno dalla scadenza; qualora la Società intenda avvalersi di tale facoltà dovrà darne comunicazione al Contraente il quale avrà ulteriori 15 giorni per adempiere al pagamento del premio in assenza del quale trascorso anche tale periodo il contratto si riterrà risolto;
- rinuncia all'assicurazione di uno degli Assicurati; in tale caso la Società previa richiesta dell'Assicurato avvenuta entro 60 giorni dalla scadenza annuale si impegna a proseguire l'assicurazione nei suoi confronti mediante la sottoscrizione di un nuovo contratto a condizioni di premio nei suoi confronti analoghe a quanto precedentemente in corso; nei confronti di tutti gli Assicurati si terrà eventualmente conto della differenza prevista per la riduzione del numero di Assicurati in un unico contratto;
- cessazione del Contraente; in caso di scomparsa del Contraente la Società si obbliga a contrarre con gli Assicurati che ne facciano richiesta entro 60 giorni dalla scadenza annuale alle stesse condizioni di premio in corso precedentemente alla scomparsa del Contraente;
- mancata accettazione da parte del Contraente del nuovo premio variato in base a quanto previsto all'Art. 2.4;
- cessazione dell'esercizio del ramo Malattie e/o Assistenza da parte della Società.

In mancanza di disdetta data dal Contraente con preavviso di almeno 60 giorni prima della data di scadenza, il contratto - sempreché stipulato almeno per un anno - è prorogato per una durata pari ad un anno e così successivamente.

ART. 2.2 PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Fermi i termini di aspettativa di cui all'Art. 4.4, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui all'Art. 4.4 vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

ART. 2.3 ADEGUAMENTO ANNUALE DEL PREMIO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO

Il premio dell'assicurazione è determinato in base all'età del singolo Assicurato all'atto della stipulazione del contratto. In occasione di ciascuna scadenza di annualità assicurativa, il premio indicato in polizza per Assicurato viene aggiornato applicando la percentuale corrispondente all'età raggiunta dall'Assicurato

stesso ed indicata nella tabella 1 allegata. Al premio per la nuova annualità, determinato dalla sommatoria dei premi degli Assicurati in ragione dell'età raggiunta, andrà applicato quanto previsto dall'Art. 2.10 "Indicizzazione".

ART. 2.4 ADEGUAMENTO DEL PREMIO: RIVEDIBILITÀ DELLA TARIFFA

Qualora l'andamento tecnico della totalità dei contratti sottoscritti dalla Società aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE evidenzi uno scostamento rispetto alle basi statistico-attuariali utilizzate per la determinazione della tariffa, la Società almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa, può richiedere l'adeguamento del premio in base alla tariffa vigente al momento della richiesta.

L'adeguamento del premio potrà avvenire ad intervalli non inferiori a 5 annualità ed è subordinato al superamento, in almeno 2 degli ultimi 3 esercizi, del valore percentuale 85 del "rapporto tra sinistri e premi" riferito alla totalità dei contratti aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE. Ai fini della presente clausola per "rapporto tra sinistri e premi" deve intendersi il rapporto tra l'ammontare dei sinistri pagati nel corso dell'esercizio ed i premi, al netto dell'imposta, incassati nello stesso periodo riferiti alla totalità dei contratti aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE. Per la verifica della sussistenza delle condizioni che determinano l'adeguamento del premio la Società si avvarrà dell'intervento di un Attuario professionista, esterno alla Società.

La nuova tariffa verrà applicata alla totalità dei contratti stipulati con la Società aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE.

Il Contraente, qualora non accettasse le nuove condizioni di premio, avrà la facoltà di astenersi dal pagamento del premio in deroga a quanto disposto al precedente Art. 2.2 ed il contratto si risolverà senza necessità di dare disdetta.

ART. 2.5 BONUS PER ASSENZA DI SINISTRI

Il premio lordo malattie relativo alla sesta annualità assicurativa, e successivamente dopo ogni ulteriori cinque annualità trascorse, sarà di ammontare pari al 75% dell'importo che, a titolo di premio, sarebbe stato determinato in assenza di questa clausola, sempreché ricorrano le seguenti condizioni:

1. *che non si sia verificato alcun indennizzo relativamente a sinistri malattie sul presente contratto nelle cinque annualità precedenti;*
2. *che il Contraente abbia regolarmente pagato tutti i premi scaduti e che il contratto risulti ancora in vigore all'atto dell'erogazione del Bonus;*
3. *che il Contraente, alle date di scadenza delle rate in cui verrà riconosciuta la riduzione del premio, effettui un versamento aggiuntivo nella copertura assicurativa VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA sottoscritta dal Contraente di importo pari almeno al 25% del premio lordo malattie che sarebbe stato determinato per il presente contratto in assenza di tale articolo.*

In mancanza anche di una sola delle sopra indicate condizioni, il premio sarà quello che sarebbe stato determinato in assenza di questo articolo.

Ai fini della verifica del diritto all'erogazione del Bonus si precisa che non si considerano sinistri malattie le eventuali richieste di prestazioni di cui all'assicurazione Assistenza.

I premi relativi alle annualità successive al riconoscimento del Bonus verranno determinati, anche ai fini della clausola "Indicizzazione", come se questa clausola non esistesse.

ART. 2.6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO E FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti che costituiscono parte integrante del contratto.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione. Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

ART. 2.7 DICHIARAZIONE DI STATO DI NON FUMATORE

Premesso che la presente assicurazione malattie si basa su di una tariffa che prevede premi inferiori per i non fumatori, *nel caso il Contraente o l'Assicurato in sede contrattuale abbia dichiarato uno stato di non fumatore, ai sensi del precedente articolo, per dichiarazioni inesatte e reticenti all'atto della stipulazione ovvero per mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio per venir meno dello stato di non fumatore, il pagamento del danno è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.*

ART. 2.8 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

ART. 2.9 RECESSO IN CASO DI SINISTRO ENTRO I PRIMI DUE ANNI

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni le Parti possono recedere dall'assicurazione.

In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso ovvero, qualora sia comunicato meno di 30 giorni prima di tale data, il recesso stesso avrà effetto trascorsi 30 giorni dal ricevimento della raccomandata.

In caso di recesso esercitato dal Contraente, questo potrà avere effetto, a sua richiesta dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso.

La Società rinuncia a tale facoltà di recesso decorsi due anni dalla data di stipulazione del contratto di assicurazione.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

ART. 2.10 INDICIZZAZIONE

Le somme assicurate, il premio, le franchigie, i minimi ed i massimi di scoperto ed i limiti di indennizzo espressi in misura fissa, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'Indice "spese mediche", rappresentato dalla media aritmetica dei numeri indici "servizi medici, analisi cliniche ed accertamenti diagnostici, servizi ospedalieri", tratti dall'Indice dei Prezzi al consumo per l'intera collettività nazionale, rilevato dall'ISTAT, ponderata con gli stessi pesi utilizzati dal predetto Istituto.

Nel corso di ogni anno solare l'adeguamento si effettua adottando come base il riferimento iniziale e per gli aggiornamenti l'indice del mese di giugno dell'anno precedente.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a partire dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice da parte dell'ISTAT o dei pesi del paniere, verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile e/o all'ultimo paniere disponibile.

Qualora l'ISTAT modifichi la composizione ed i parametri del suddetto indice, è facoltà della Società calcolare l'adeguamento in base al nuovo Indice "spese mediche" o proporre un indice diverso. In tal caso, la Società comunica la variazione al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

ART. 2.11 ONERI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

ART. 2.12 RINVIO ALLA LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

3. Garanzie

ART. 3.1 INDENNITÀ GIORNALIERA DI RICOVERO

In caso di ricovero reso necessario da:

- malattia;
- infortunio;

la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per l'Assicurato per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, con il massimo di 150 giorni per annualità assicurativa.

Detta indennità viene corrisposta al 50% in caso di day hospital. L'indennità è dovuta esclusivamente per day hospital di durata superiore a 2 giorni (almeno 3 giorni), purché dalla documentazione dell'istituto di cura risulti che il day hospital, fatta eccezione per le festività, è avvenuto senza soluzione di continuità. *Per i soli ricoveri senza intervento chirurgico, qualora l'Assicurato al momento del sinistro abbia un'età superiore a 75 anni, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza fino ad un massimo di 60 giorni anziché 150 di ricovero per malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero stesso.*

ART. 3.2 RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO

In caso di ricovero in istituto di cura comportante almeno 2 pernottamenti, reso necessario da malattia o infortunio, la Società indennizza, fino a concorrenza della somma assicurata di euro 2.500,00 quale disponibilità unica per assicurato ed annualità assicurativa le spese sostenute per:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, *effettuati nei 60 giorni precedenti il ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricovero stesso;*
- esami e visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, *effettuati nei 60 giorni successivi alla data delle dimissioni dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.*

La Società indennizza le spese sostenute per le suddette prestazioni previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di euro 50,00 sull'ammontare delle spese indennizzabili per la singola malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero. Le voci di spese per le quali venga richiesto il rimborso del solo ticket saranno invece oggetto di indennizzo integrale.

ART. 3.3 RIMBORSO SPESE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA POST INTERVENTO

In caso di ricovero in istituto di cura con intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio, la Società indennizza, fino a concorrenza della somma assicurata di euro 2.500,00 quale disponibilità unica per annualità assicurativa, le spese per assistenza infermieristica notturna, sostenute durante il ricovero in istituto di cura nei 7 giorni successivi all'intervento chirurgico.

Il rimborso viene effettuato su presentazione della fattura attestante le spese sostenute.

ART. 3.4 RIMBORSO SPESE EXTRARICOVERO (garanzia opzionale)

La garanzia è operante se è indicato il massimale nel relativo spazio sul modulo di polizza.

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, fino alla concorrenza della somma assicurata di euro 2.500,00, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata:

- **Angiografia**
- **Arteriografia**
- **Cistografia**

- Coronarografia
- Doppler (eco-color-doppler, eco-doppler)
- Ecocardiografia
- Elettromiografia
- Endoscopia (broncoscopia, colonscopia, rettoscopia, ecc.)
- Esame urodinamico completo
- Holter
- Isterosalpingografia
- Laserterapia
- Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC)
- Radioterapia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia ad emissione di positroni (PET)
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Urografia

La Società rimborsa le spese sostenute per tali prestazioni previa applicazione di uno scoperto del 25% per ogni spesa effettivamente sostenuta. Tale scoperto non viene applicato nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica. Tutte le spese devono essere debitamente documentate, presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

4. Delimitazioni dell'Assicurazione

ART. 4.1 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Limitatamente alle prestazioni previste dall'assicurazione Assistenza la validità è all'interno del territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano, ad eccezione delle consulenze mediche ed informazioni telefoniche che hanno validità anche all'estero.

ART. 4.2 PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV comunque non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'indennizzo. In questo caso la Società rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

ART. 4.3 ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;*
- d) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;*
- e) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;*
- f) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);*
- g) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- h) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- i) le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;*
- j) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotetici e di implantologia;*
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- l) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*

m) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronicari o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

ART. 4.4 TERMINI DI ASPETTATIVA

Dal giorno di effetto del contratto, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) dello stesso giorno per gli infortuni;*
- b) del trentesimo giorno successivo per le malattie;*
- c) del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società.*

Qualora questo contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- *dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;*
- *dal giorno in cui ha effetto questo contratto, limitatamente alle maggiori somme e assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.*

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso di questo contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

5. Norme operanti in caso di sinistro

ART. 5.1 MODALITÀ DI PAGAMENTO: L'INDENNITÀ GIORNALIERA DI RICOVERO

L'Assicurato che richieda la corresponsione dell'indennità giornaliera di ricovero di cui all'Art. 3.1 dovrà presentare a dimissione avvenuta la certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.

La Società accertato il diritto all'indennizzo, provvede alla liquidazione di quanto dovuto a termini di contratto.

ART. 5.2 MODALITÀ DI PAGAMENTO:

IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO

La Società riconosce il rimborso delle spese indennizzabili a termini dell'Art. 3.2 nella misura dell'80% (scoperto 20%) con il minimo di euro 50,00. Limitatamente all'indennizzo dei ticket sostenuti la Società riconoscerà il rimborso integrale senza applicazione dello scoperto con il minimo sopra indicato.

Il rimborso delle spese, debitamente documentate, avverrà solo a cura ultimata e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. Andrà inoltre allegata la certificazione definitiva – cartella clinica completa e documentazione medica – attestante durata e ragioni del ricovero.

ART. 5.3 DOCUMENTAZIONE FISCALE - RIMBORSO DA TERZI

La Società restituisce all'Assicurato le fatture, notule e distinte relative ai pagamenti effettuati.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

ART. 5.4 FRANCHIGIA

Se indicata in polizza la garanzia opera previa applicazione della franchigia.

Pertanto l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta per ciascun ricovero a partire dal giorno successivo a quelli di franchigia pattuiti.

Si precisa che ai fini dell'applicazione della franchigia i ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta.

ART. 5.5 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, 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 resi-

denza 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. 5.6 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, *l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:*

- 1) *acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo;*
- 2) *presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa.*

L'inadempimento ai suddetti obblighi può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'Art. 1925 del Codice Civile.

ART. 5.7 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, di cui all'Art. 1916 del Codice Civile, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio o della malattia.

1. Definizioni specifiche

Prestazioni

Le assistenze prestate agli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce in nome e per conto della Società.

Sinistro

Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della garanzia e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Service S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da medici, tecnici, operatori che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

2. Prestazioni

ART. 2.1 INFORMAZIONI SANITARIE

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato desiderasse avere informazioni sanitarie relativamente a:

- Cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- Medici specialisti, centri sanitari nazionali e internazionali;
- Centri sanitari appropriati ed attrezzati per la cura della patologia sofferta;

contatterà la Struttura Organizzativa che fornirà all'Assicurato le informazioni richieste.

ART. 2.2 INFORMAZIONI SANITARIE IN VIAGGIO

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato desiderasse ricevere le seguenti informazioni sanitarie relativamente al paese nel quale intende recarsi:

- vaccinazioni obbligatorie e/o consigliate;
- rischi sanitari e alimentari;
- precauzioni igienico-sanitarie;

contatterà la Struttura Organizzativa che fornirà all'Assicurato le informazioni richieste.

ART. 2.3 CONSULENZE MEDICHE SPECIALISTICHE

Qualora l'Assicurato necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente o attraverso il medico che lo ha in cura sul posto, i medici specialisti della Struttura Organizzativa.

Tali medici specialisti possono essere:

- Ortopedico;
- Neurologo;
- Chirurgo Generale;
- Odontoiatra;
- Cardiologo;
- Ginecologo;
- Geriatra;
- Psicologo.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni l'Assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta, il nome dell'eventuale medico curante ed il suo recapito telefonico.

ART. 2.4 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST-RICOVERO "PRIMO AIUTO"

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 3 pernottamenti dovuto ad infortunio o malattia, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire entro 7 giorni dalle dimissioni l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 15 ore per sinistro e con il limite di 45 ore per anno assicurativo:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;

- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapia, operatore assistenziale;
- personale non sanitario addetto a servizi: di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro.

Restano comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 2.5 RICERCA E SEGNALAZIONE CENTRI CLINICI SPECIALIZZATI

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia debba essere sottoposto a ricovero per terapia o intervento chirurgico, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, individuerà e segnalerà il centro clinico in Italia specializzato ed attrezzato per l'intervento o la terapia.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni di cui al presente articolo l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa fornendo le necessarie informazioni.

3. Norme specifiche assicurazione assistenza

ART. 3.1 ATTIVAZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Le prestazioni oggetto della presente polizza sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa.

ART. 3.2 MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per beneficiare delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

- al numero verde 800 904 596
- oppure al numero +39 02 58 245 356

L'Assicurato all'atto della richiesta della prestazione dovrà comunicare:

- a) il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) nome e cognome;*
- c) numero di polizza preceduto dalla sigla LVMA;*
- d) indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di telefonare, potrà inviare un telegramma a Europ Assistance Service S.p.A., Piazza Trento, 8 - 20135 Milano.

La Struttura Organizzativa è in funzione:

- 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni di cui agli Artt. 2.3 e 2.4;
- dalle ore 9,00 alle ore 18,00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli Artt. 2.1, 2.2 e 2.5.

ART. 3.3 INSISTENZA DELL'OBBLIGO DI FORNIRE PRESTAZIONI ALTERNATIVE

Qualora l'Assicurato non usufruisca delle prestazioni previste dalla presente garanzia non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

ART. 3.4 ALTRE ASSICURAZIONI ASSISTENZA

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra polizza Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente polizza ad altra società, le suddette prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

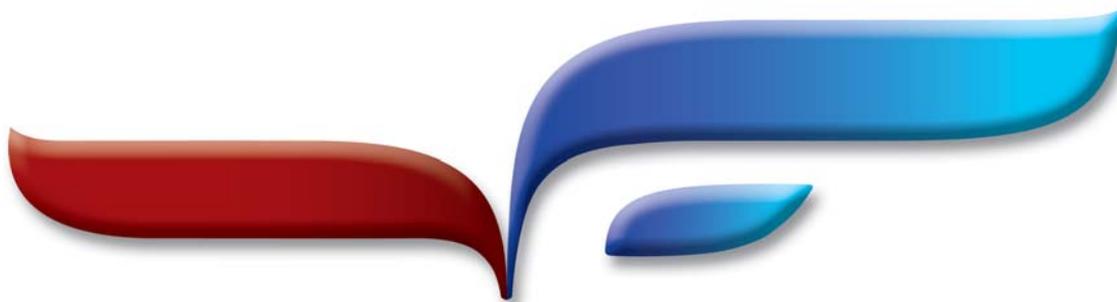
Tabella aggiornamento premio

Tabella 1

VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE ARGENTO - Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato.

ARGENTO Percentuali di aumento del premio rispetto all'annualità precedente

ETÀ	MASCHI	FEMMINE	ETÀ	MASCHI	FEMMINE	ETÀ	MASCHI	FEMMINE
50	4,85	4,93	67	2,95	3,51	84	1,78	2,53
51	4,62	4,70	68	2,87	3,39	85	1,53	2,47
52	3,87	4,49	69	2,79	3,61	86	1,72	2,61
53	4,26	4,91	70	2,41	3,16	87	1,48	2,35
54	4,08	4,09	71	2,65	3,37	88	1,46	2,49
55	3,92	4,49	72	2,58	2,97	89	1,44	2,43
56	3,77	4,30	73	2,23	3,17	90	1,42	2,19
57	4,09	4,64	74	2,46	3,07	91	1,40	2,32
58	3,49	3,94	75	2,13	2,98	92	1,18	2,26
59	3,38	4,27	76	2,35	2,89	93	1,36	2,21
60	3,67	4,09	77	2,04	3,07	94	1,15	2,17
61	3,15	3,93	78	2,00	2,73	95	1,14	2,28
62	3,44	3,78	79	2,21	2,90	96	1,13	2,07
63	2,95	3,64	80	1,92	2,82	97	0,93	2,03
64	3,23	3,91	81	1,88	2,74	98	0,92	2,14
65	3,13	3,38	82	1,85	2,67	99	1,09	1,95
66	2,69	3,64	83	1,81	2,60	100 e oltre	0,72	1,91



VIVIFUTURO

PROTEZIONE SALUTE
POLIZZA MALATTIE
E ASSISTENZA

FORMULA ORO

VIVIFUTURO
Lloyd Italice
DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI

Indice

VIVIFUTURO - PROTEZIONE SALUTE - Formula Oro

• 1. Definizioni	pag.	28
• 2. Norme comuni	“	30
Art. 2.1 Durata e proroga dell'assicurazione	“	30
Art. 2.2 Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione	“	30
Art. 2.3 Adeguamento annuale del premio in base all'età dell'assicurato	“	30
Art. 2.4 Adeguamento del premio: rivedibilità della tariffa	“	31
Art. 2.5 Bonus per assenza di sinistri	“	31
Art. 2.6 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni	“	31
Art. 2.7 Dichiarazione di stato di non fumatore	“	32
Art. 2.8 Assicurazione presso diversi assicuratori	“	32
Art. 2.9 Recesso in caso di sinistro	“	32
Art. 2.10 Indicizzazione	“	32
Art. 2.11 Oneri	“	33
Art. 2.12 Rinvio alla legge	“	33
Art. 2.13 Variazioni nell'elenco delle Strutture Mediche Convenzionate	“	33
• 3. Garanzie	“	34
Art 3.1 Spese ospedaliere e chirurgiche per Gravi Eventi	“	34
Art 3.2 Cure prolungate post diagnosi	“	34
Art 3.3 Trapianti	“	34
Art 3.4 Accompagnatore	“	35
Art 3.5 Indennità sostitutiva	“	35
Art 3.6 Anticipo indennizzi	“	35
Art 3.7 Somma assicurata	“	35
Art 3.8 Rimborso spese extraricovero	“	35
Art 3.9 Limiti di indennizzo in assenza di pagamento diretto	“	36
• 4. Programma di prevenzione sanitaria	“	37
Art 4.1 Check-up biennale	“	37
Art 4.2 Modalità di erogazione del Check-up	“	37
• 5. Delimitazioni dell'assicurazione	“	39
Art. 5.1 Validità territoriale	“	39
Art. 5.2 Persone non assicurabili	“	39
Art. 5.3 Esclusioni	“	39
Art. 5.4 Termini di aspettativa	“	40

• 6. Norme operanti in caso di sinistro	pag.	41
Art 6.1 Cosa fare in caso di sinistro	“	41
Art 6.2 Modalità di pagamento: il pagamento diretto	“	41
Art 6.3 Modalità di pagamento: il pagamento a rimborso	“	42
Art 6.4 Modalità di pagamento: l'indennità sostitutiva	“	42
Art 6.5 Modalità di pagamento: l'anticipo indennizzi	“	42
Art 6.6 Modalità di pagamento: le spese Extraricovero	“	43
Art 6.7 Documentazione fiscale - Rimborso da terzi	“	43
Art 6.8 Franchigia	“	43
Art 6.9 Controversie - Arbitrato irrituale	“	44
Art 6.10 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	“	44
Art 6.11 Rinuncia all'azione di rivalsa	“	44
• 7. Gravi eventi	“	45
Art 7.1 Gravi eventi	“	45

VIVIFUTURO - PROTEZIONE ASSISTENZA - Formula Oro

• 1. Definizioni specifiche	“	46
• 2. Prestazioni	“	47
Art 2.1 Informazioni sanitarie	“	47
Art 2.2 Informazioni sanitarie viaggio	“	47
Art 2.3 Consulenze mediche specialistiche	“	47
Art 2.4 Medical Advice Program	“	47
Art 2.5 Assistenza domiciliare integrata post-ricovero “Primo aiuto”	“	48
Art 2.6 Assistenza domiciliare integrata post-ricovero “Intensivo”	“	49
Art 2.7 Ricerca e segnalazione centri clinici specializzati	“	49
Art 2.8 Trasporto dell'Assicurato	“	49
• 3. Norme specifiche	“	50
Art 3.1 Attivazione della Struttura Organizzativa	“	50
Art 3.2 Modalità per la richiesta di Assistenza	“	50
Art 3.3 Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative	“	50
Art 3.4 Altre assicurazioni assistenza	“	50
• Tabella aggiornamento premio	“	51

1. Definizioni

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Assicurato

La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.

Centrale Operativa Medica

La struttura in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle 20,00 ed il sabato dalle 8,00 alle 13,00 esclusi i festivi, costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.

Contraente

La persona che stipula il contratto di assicurazione.

Day hospital

La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.

Franchigia

Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

Per le garanzie che prevedono un'indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

Gravi Eventi

Le malattie e stati patologici contenuti nel capitolo 7.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Istituto di cura

Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.

Lettera di impegno

Il documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e Struttura Medica Convenzionata in relazione al ricovero o l'intervento chirurgico e con riferimento alle condizioni di assicurazione; tale documento deve essere sottoscritto dall'Assicurato all'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Non fumatore

L'Assicurato che:

- non ha fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni;
- negli ultimi cinque anni non ha dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica.

Nucleo familiare

Il nucleo familiare composto dai coniugi non legalmente separati o conviventi more uxorio risultanti dallo stato di famiglia ed assicurati con il contratto.

Pagamento a rimborso

La liquidazione a rimborso che la Società effettua per le spese sostenute in via anticipata dall'Assicurato per prestazioni indennizzabili a termini di contratto.

Pagamento diretto

Il servizio di liquidazione che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua nei confronti della Struttura Medica Convenzionata per le spese relative a ricoveri o interventi chirurgici indennizzabili a termini di contratto.

Pagamento misto

La liquidazione che la Società, in parte in forma di pagamento diretto alle Strutture Mediche Convenzionate ed in parte in forma di pagamento a rimborso per le prestazioni erogate da medici non convenzionati, effettua per le spese relative a prestazioni indennizzabili a termini di contratto.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

Sinistro

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Società

La Compagnia di assicurazioni Toro Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: 10123 Torino, via Mazzini, 53 - Sede della Divisione Lloyd Italico: 16121 Genova - via Fieschi 9.

Strutture Mediche Convenzionate

Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.

2. Norme comuni

ART. 2.1 DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione, fatto salvo quanto previsto in materia dalle norme di legge, è operante per il periodo di validità contrattualmente stabilito. La Società si obbliga, ferme restando le condizioni di contratto, per tutto il periodo in cui resti in vita l'Assicurato al rinnovo alla scadenza salvo il verificarsi di uno dei seguenti casi:

- esagerazione dolosa dell'entità del sinistro da parte del Contraente o dell'Assicurato;
- mancato pagamento del premio entro il 15° giorno dalla scadenza; qualora la Società intenda avvalersi di tale facoltà dovrà darne comunicazione al Contraente il quale avrà ulteriori 15 giorni per adempiere al pagamento del premio in assenza del quale trascorso anche tale periodo il contratto si riterrà risolto;
- rinuncia all'assicurazione di uno degli Assicurati; in tale caso la Società previa richiesta dell'Assicurato avvenuta entro 60 giorni dalla scadenza annuale si impegna a proseguire l'assicurazione nei suoi confronti mediante la sottoscrizione di un nuovo contratto a condizioni di premio nei suoi confronti analoghe a quanto precedentemente in corso; nei confronti di tutti gli Assicurati si terrà eventualmente conto della differenza prevista per la riduzione del numero di Assicurati in un unico contratto;
- cessazione del Contraente; in caso di scomparsa del Contraente la Società si obbliga a contrarre con gli Assicurati che ne facciano richiesta entro 60 giorni dalla scadenza annuale alle stesse condizioni di premio in corso precedentemente alla scomparsa del Contraente;
- mancata accettazione da parte del Contraente del nuovo premio variato in base a quanto previsto all'Art. 2.4;
- cessazione dell'esercizio del ramo Malattie e/o Assistenza da parte della Società.

In mancanza di disdetta data dal Contraente con preavviso di almeno 60 giorni prima della data di scadenza, il contratto - sempreché stipulato almeno per un anno - è prorogato per una durata pari ad un anno e così successivamente.

ART. 2.2 PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Fermi i termini di aspettativa di cui all'Art 5.4, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. In ogni caso il servizio di pagamento diretto di cui all'Art. 6.2 resterà sospeso dalle ore 24 del giorno di scadenza fino alle ore 24 del giorno di pagamento fermo quanto previsto al successivo periodo. Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, termini di aspettativa di cui all'Art 5.4 vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

ART. 2.3 ADEGUAMENTO ANNUALE DEL PREMIO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO

Il premio dell'assicurazione è determinato in base all'età del singolo Assicurato all'atto della stipulazione del contratto. In occasione di ciascuna scadenza di annualità assicurativa, il premio indicato in polizza per Assicurato viene aggiornato applicando la percentuale corrispondente all'età raggiunta dall'Assicurato stesso ed indicata nella tabella 1 allegata.

Al premio per la nuova annualità, determinato dalla sommatoria dei premi degli Assicurati in ragione dell'età raggiunta, andrà applicato quanto previsto dall'Art 2.10 "Indicizzazione".

ART. 2.4 ADEGUAMENTO DEL PREMIO: RIVEDIBILITÀ DELLA TARIFFA

Qualora l'andamento tecnico della totalità dei contratti sottoscritti dalla Società aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE evidenzino uno scostamento rispetto alle basi statistico-attuariali utilizzate per la determinazione della tariffa, la Società almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa, può richiedere l'adeguamento del premio in base alla tariffa vigente al momento della richiesta.

L'adeguamento del premio potrà avvenire ad intervalli non inferiori a 5 annualità ed è subordinato al superamento, in almeno 2 degli ultimi 3 esercizi, del valore percentuale 85 del "rapporto tra sinistri e premi" riferito alla totalità dei contratti aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE. Ai fini della presente clausola per "rapporto tra sinistri e premi" deve intendersi il rapporto tra l'ammontare dei sinistri pagati nel corso dell'esercizio ed i premi, al netto dell'imposta, incassati nello stesso periodo riferiti alla totalità dei contratti aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE. Per la verifica della sussistenza delle condizioni che determinano l'adeguamento del premio la Società si avvarrà dell'intervento di un Attuario professionista, esterno alla Società.

La nuova tariffa verrà applicata alla totalità dei contratti stipulati con la Società aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE. Il Contraente, qualora non accettasse le nuove condizioni di premio, avrà la facoltà di astenersi dal pagamento del premio in deroga a quanto disposto al precedente Art 2.2 ed il contratto si risolverà senza necessità di dare disdetta.

ART. 2.5 BONUS PER ASSENZA DI SINISTRI

Il premio lordo malattie relativo alla sesta annualità assicurativa, e successivamente dopo ogni ulteriori cinque annualità trascorse, sarà di ammontare pari al 75% dell'importo che, a titolo di premio, sarebbe stato determinato in assenza di questa clausola, sempreché ricorrano le seguenti condizioni:

1. *che non si sia verificato alcun indennizzo relativamente a sinistri malattie sul presente contratto nelle cinque annualità precedenti;*
2. *che il Contraente abbia regolarmente pagato tutti i premi scaduti e che il contratto risulti ancora in vigore all'atto dell'erogazione del Bonus;*
3. *che il Contraente, alle date di scadenza delle rate in cui verrà riconosciuta la riduzione del premio, effettui un versamento aggiuntivo nella copertura assicurativa VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA sottoscritta dal Contraente di importo pari almeno al 25% del premio lordo malattie che sarebbe stato determinato per il presente contratto in assenza di tale articolo.*

In mancanza anche di una sola delle sopra indicate condizioni, il premio sarà quello che sarebbe stato determinato in assenza di questo articolo. Ai fini della verifica del diritto all'erogazione del Bonus si precisa che non si considerano sinistri malattie le richieste di indennizzo di cui alla garanzia "Programma di Prevenzione Sanitaria" e le eventuali richieste di prestazioni di cui all'assicurazione Assistenza. I premi relativi alle annualità successive al riconoscimento del Bonus verranno determinati, anche ai fini della clausola "Indicizzazione", come se questa clausola non esistesse.

ART. 2.6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO E FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti che costituiscono parte integrante del contratto.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre

alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

ART. 2.7 DICHIARAZIONE DI STATO DI NON FUMATORE

Premesso che la presente assicurazione malattie si basa su di una tariffa che prevede premi inferiori per i non fumatori, *nel caso il Contraente o l'Assicurato in sede contrattuale abbia dichiarato uno stato di non fumatore, ai sensi del precedente articolo, per dichiarazioni inesatte e reticenti all'atto della stipulazione ovvero per mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio per venir meno dello stato di non fumatore, il pagamento del danno è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.*

ART. 2.8 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

ART. 2.9 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni le Parti possono recedere dall'assicurazione. In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso ovvero, qualora sia comunicato meno di 30 giorni prima di tale data, il recesso stesso avrà effetto trascorsi 30 giorni dal ricevimento della raccomandata.

In caso di recesso esercitato dal Contraente, questo potrà avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso. La Società rinuncia a tale facoltà di recesso decorsi due anni dalla data di stipulazione del contratto di assicurazione. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

ART. 2.10 INDICIZZAZIONE

Le somme assicurate, il premio, le franchigie, i minimi ed i massimi di scoperto ed i limiti di indennizzo espressi in misura fissa, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'Indice "spese mediche", rappresentato dalla media aritmetica dei numeri indici "servizi medici, analisi cliniche ed accertamenti diagnostici, servizi ospedalieri", tratti dall'Indice dei Prezzi al consumo per l'intera collettività nazionale, rilevato dall'ISTAT, ponderata con gli stessi pesi utilizzati dal predetto Istituto.

Nel corso di ogni anno solare l'adeguamento si effettua adottando come base il riferimento iniziale e per gli aggiornamenti l'indice del mese di giugno dell'anno precedente. Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a partire dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione. In caso di ritardata pubblicazione dell'indice da parte dell'ISTAT o dei pesi del paniere, verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile e/o all'ultimo paniere disponibile. Qualora l'ISTAT modifichi la composizione ed i parametri del suddetto indice, è facoltà della società calcolare l'adeguamento in base al nuovo indice "spese mediche" o proporre un indice diverso. In tal caso, la società comunica la variazione al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

ART. 2.11 ONERI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

ART. 2.12 RINVIO ALLA LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

ART. 2.13 VARIAZIONI NELL'ELENCO DELLE STRUTTURE MEDICHE CONVENZIONATE

L'elenco delle Strutture Mediche Convenzionate con la Centrale Operativa Medica può essere soggetto a variazioni in conseguenza dell'entrata o dell'uscita di alcune strutture dalle convenzioni. Per conoscere l'elenco aggiornato l'Assicurato potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa Medica oppure rivolgersi all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

3. Garanzie

ART. 3.1 SPESE OSPEDALIERE E CHIRURGICHE PER GRAVI EVENTI

La presente assicurazione opera, fino a concorrenza della somma assicurata indicata in polizza, in caso di:

- ricoveri in istituto di cura senza intervento chirurgico **resi necessari da Gravi Eventi**;
- **interventi chirurgici** effettuati in regime di ricovero, day hospital o ambulatorio medico, **resi necessari da Gravi Eventi**;

per l'indennizzo delle spese necessarie per:

- a) gli onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il day hospital o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
- c) le rette di degenza;
- d) esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- e) esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici (compresa agopuntura purché effettuata da medico) o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- f) l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei 30 giorni successivi alla data di dimissione, fino alla concorrenza del limite di euro 2.000,00;
- g) trasporto dell'Assicurato, con idoneo mezzo di trasporto sanitario (compreso aereo o elicottero sanitario) all'istituto di cura, da un istituto di cura all'altro e per il ritorno a casa, il tutto fino ad un massimo di euro 2.500,00 per intervento o ricovero.

Per i soli ricoveri senza intervento chirurgico, qualora l'Assicurato al momento del sinistro abbia un'età superiore a 75 anni, la garanzia è operante fino ad un massimo di 60 giorni di ricovero ed a concorrenza dell'importo di euro 10.000,00 per malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero stesso.

ART. 3.2 CURE PROLUNGATE POST DIAGNOSI

In caso di diagnosi di uno dei seguenti Gravi Eventi:

- tumore;
- insufficienza renale;
- ictus cerebrale;

la Società tiene indenne l'Assicurato, oltre a quanto previsto dall'Art. 3.1, delle spese rese necessarie e sostenute entro i 2 anni dalla prima diagnosi, per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie fino a concorrenza della somma assicurata di euro 6.000,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa per persona assicurata.

ART. 3.3 TRAPIANTI

Nel caso l'Assicurato necessiti, in conseguenza di malattia od infortunio, di essere sottoposto a trapiant-

to, la Società tiene indenne l'Assicurato, fino a concorrenza della somma assicurata, delle spese necessarie per il trapianto di organi, o parti di essi, nonché delle spese sostenute anche per l'eventuale ricovero del donatore vivente; tale garanzia opera negli stessi termini previsti all'Art. 3.1.

ART. 3.4 ACCOMPAGNATORE

Nel caso l'Assicurato, ricoverato in istituto di cura a seguito di evento indennizzabile a termini dell'Art. 3.1, necessiti dell'assistenza di un accompagnatore la Società tiene indenne l'Assicurato delle spese necessarie per il vitto ed il pernottamento in istituto di cura, o in struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera, dell'accompagnatore.

La garanzia opera fino ad un massimo di euro 100,00 giornalieri, per un periodo non superiore a 100 giorni per annualità assicurativa; le spese di viaggio sostenute dall'accompagnatore e comprovate da documentazione giustificativa verranno rimborsate fino a concorrenza della somma di euro 1.500,00 per annualità assicurativa.

ART. 3.5 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Qualora non risultino spese a carico dell'Assicurato in quanto i costi relativi al periodo di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale - ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il ricovero - l'Assicurato avrà diritto ad un indennizzo di euro 125,00 per ciascun giorno di ricovero, *escluso quello di dimissione*. L'indennità verrà corrisposta, anche in caso di intervento chirurgico in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza nella misura del 50% dell'importo sopra indicato. Le eventuali spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di ricovero - lettere d), e), f) e g) dell'Art 3.1 - saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di polizza. *L'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di 90 giorni per annualità assicurativa.*

ART. 3.6 ANTICIPO INDENNIZZI

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura e/o medici non convenzionati, è facoltà dell'Assicurato richiedere alla Società un anticipo sull'ammontare di spese complessivamente preventive dall'istituto di cura per le prestazioni indennizzabili a termini di polizza. La Società anticiperà all'Assicurato la somma:

- *a condizione che il preventivo di spesa formulato dall'istituto di cura sia di almeno euro 15.000,00;*
- *entro il limite del 50% della somma assicurata e con il massimo di euro 50.000,00;*
- *a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di polizza delle spese di ricovero.*

In caso di pagamento misto l'anticipo potrà essere richiesto limitatamente agli importi di spesa relativi agli onorari dei medici non convenzionati. In tal caso nel preventivo da presentare secondo le modalità descritte al successivo Art. 6.5 dovrà essere evidenziato l'importo relativo all'équipe medico chirurgica e l'anticipo non potrà superare tale importo.

ART. 3.7 SOMMA ASSICURATA

La somma assicurata indicata in polizza deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata.

ART. 3.8 RIMBORSO SPESE EXTRARICOVERO

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, fino alla concorrenza della somma assicurata di euro 2.500,00, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata:

- **Angiografia**
- **Arteriografia**

- Cistografia
- Coronarografia
- Doppler (eco-color-doppler, eco-doppler)
- Ecocardiografia
- Elettromiografia
- Endoscopia (broncoscopia, colonscopia, rettoscopia, ecc.)
- Esame urodinamico completo
- Holter
- Isterosalpingografia
- Laserterapia
- Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC)
- Radioterapia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia ad emissione di positroni (PET)
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Urografia.

La Società rimborsa le spese sostenute per tali prestazioni previa applicazione di uno scoperto del 25% per ogni spesa effettivamente sostenuta. Tale scoperto non viene applicato nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le su indicate prestazioni.

ART. 3.9 LIMITI DI INDENNIZZO IN ASSENZA DI PAGAMENTO DIRETTO

Qualora l'Assicurato non usufruisca del pagamento diretto, la Società indennizza le spese di degenza fino a concorrenza della somma di euro 250,00 giornalieri.

4. Programma di prevenzione sanitaria

ART. 4.1 CHECK-UP BIENNALE

L'Assicurato potrà beneficiare del programma di prevenzione scegliendo, in occasione di ciascun check-up ed in relazione al proprio stato di salute ed al profilo sanitario, una visita specialistica con l'eventuale esame abbinato tra l'elenco di prestazioni indicate nella tabella sottoriportata.

Il primo check-up sarà erogabile nel corso dell'annualità seguente alla data di decorrenza indicata nell'allegato Mod. MV42. I check-up successivi saranno erogabili, con cadenza biennale, nel corso delle annualità di numero pari (quarta, sesta, ecc.) sempre successive alla data di decorrenza indicata.

L'erogazione del check-up avverrà a condizione che risultino pagate le rate di premio antecedenti.

Le prestazioni comprese nel check-up sono le seguenti, differenziate in base al sesso dell'Assicurato:

DONNA

- Visita cardiologica con elettrocardiogramma anche sotto sforzo;
- Visita cardiologica con ecocardiogramma;
- Visita internistica con esami del sangue;
- Visita dietologica con esami ematochimici;
- Visita diabetologica con esami del sangue correlati al controllo dei valori;
- Visita endocrinologica con controllo valori tiroide (TSH, T3, T4);
- Visita ginecologica con esame pap-test;
- Visita senologica con ecografia mammaria.

UOMO

- Visita cardiologica con elettrocardiogramma anche sotto sforzo;
- Visita cardiologica con ecocardiogramma;
- Visita internistica con esami del sangue;
- Visita dietologica con esami ematochimici;
- Visita diabetologica con esami del sangue correlati al controllo dei valori;
- Visita urologica con ecografia vie urinarie;
- Visita urologica con PSA;
- Visita gastroenterologica con ricerca sangue occulto fecale.

ART. 4.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL CHECK-UP

Per effettuare le prestazioni sanitarie di cui all'Art. 4.1 l'Assicurato potrà rivolgersi alla Centrale Operativa Medica - *in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 18,00, esclusi i festivi infrasettimanali* - telefonando ai seguenti numeri:

- dall'Italia al numero verde **800 655 647**
- dall'estero al numero **+39 02 40 959 625**

Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:

- a) *nome e cognome;*
- b) *numero di polizza;*
- c) *luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.*

La Centrale Operativa Medica, in accordo con l'Assicurato, si occuperà della prenotazione delle prestazioni sanitarie comunicando la disponibilità presso la Struttura Medica Convenzionata.

La Società si incaricherà di pagare direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese relative alle prestazioni sanitarie comprese in garanzia.

La Società e la Centrale Operativa Medica non verranno a conoscenza degli esiti del check-up.

L'Assicurato ha altresì la facoltà di non avvalersi del servizio di prenotazione e di pagamento diretto, effettuando per proprio conto le prestazioni sanitarie presso altre strutture mediche non convenzionate; in tal caso la Società rimborserà le spese sostenute per le prestazioni sanitarie comprese in garanzia, *fino a concorrenza massima di euro 200,00 da intendersi come disponibilità complessiva per ciascun check-up.*

Per il rimborso delle spese sostenute l'Assicurato dovrà inviare le fatture di spesa in originale direttamente alla Società. La richiesta di rimborso dovrà essere effettuata, in un'unica soluzione per ciascun check-up, entro i 60 giorni successivi alla scadenza dell'annualità assicurativa nel corso della quale sono state sostenute le spese indennizzabili.

Qualora gli esami di laboratorio di cui all'Art. 4.1 let. a) vengano effettuati mediante prescrizione del proprio medico curante l'Assicurato avrà diritto al rimborso integrale del ticket; qualora invece tali accertamenti non vengano effettuati per il tramite del proprio medico curante il rimborso per dette spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 20%.

5. Delimitazioni dell'Assicurazione

ART. 5.1 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Limitatamente alle prestazioni previste dall'assicurazione Assistenza la validità è all'interno del territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano, ad eccezione delle consulenze mediche ed informazioni telefoniche che hanno validità anche all'estero.

ART. 5.2 PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV comunque non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'indennizzo. In questo caso la Società rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

ART. 5.3 ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;*
- d) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;*
- e) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;*
- f) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);*
- g) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi comportamenti nevrotici;*
- h) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- i) le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;*
- j) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesi e di implantologia;*
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- l) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*

m) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronicari o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

ART. 5.4 TERMINI DI ASPETTATIVA

Dal giorno di effetto del contratto, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) dello stesso giorno per gli infortuni;*
- b) del trentesimo giorno successivo per le malattie;*
- c) del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società.*

Qualora questo contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e massimali da quest'ultimo previsti;*
- dal giorno in cui ha effetto questo contratto, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.*

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso di questo contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

6. Norme operanti in caso di sinistro

ART. 6.1 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato che debba essere ricoverato o sostenere un intervento chirurgico potrà avvalersi delle seguenti opzioni:

- usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero o di intervento a norma dell'Art. 6.2 attivando preventivamente la Centrale Operativa Medica che effettuerà la prenotazione della Struttura Medica Convenzionata;
- richiedere il pagamento a rimborso delle spese anticipate all'istituto di cura e/o al medico non convenzionato; *il rimborso di tali spese verrà effettuato in base a quanto previsto dall'Art 6.3 nella misura dell'80% delle spese sostenute;*
- ricorrere agli istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale o a strutture con questo convenzionate o accreditate ottenendo la **corresponsione dell'indennità sostitutiva** a norma dell'Art. 6.4.

In ogni caso per le spese diverse da quelle sostenute durante il ricovero o l'intervento chirurgico e per quelle relative alla garanzia "Rimborso spese extraricovero", l'Assicurato, provveduto personalmente al pagamento, ne richiederà il rimborso in base a quanto rispettivamente previsto dagli Artt. 6.3 e 6.6.

ART. 6.2 MODALITÀ DI PAGAMENTO: IL PAGAMENTO DIRETTO

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a Strutture Mediche Convenzionate, la Società provvede al pagamento diretto delle spese relative all'assistenza ricevuta dall'Assicurato durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico o dell'eventuale eccedenza di spesa rispetto quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per usufruire del pagamento diretto delle spese di cui all'Art. 3.1, senza pertanto anticipare alcuna somma, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa Medica (in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 20,00 ed il sabato dalle 8,00 alle 13,00 esclusi i festivi) telefonando:

- dall'Italia al numero **800 655 647**
- dall'estero al numero **+39 02 40 959 625**

fornendo i seguenti dati:

- numero di polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;
- causale del ricovero o dell'intervento chirurgico risultante dalla prescrizione del medico curante comprensiva della diagnosi circostanziata (tale documentazione dovrà essere inviata alla Centrale Operativa Medica);
- luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.

La Centrale Operativa Medica, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, provvede all'individuazione della Struttura Medica Convenzionata in accordo con l'Assicurato ed alla conferma allo stesso dell'avvenuta prenotazione della prestazione nonché dell'operatività del pagamento diretto. All'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata sarà sufficiente che l'Assicurato compili la Lettera di impegno. La Centrale Operativa Medica in seguito pagherà direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese garantite a termini di contratto in luogo dell'Assicurato, *fatta salva l'eventuale franchigia che resterà a carico dell'Assicurato stesso.*

Resta inteso che il pagamento diretto non sarà comunque possibile nei seguenti casi:

- a) *quando non sia stato confermato il pagamento diretto dalla Centrale Operativa Medica;*
- b) *quando le spese siano relative a ricoveri o interventi chirurgici diversi da quelli per cui sia stato confermato il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica;*
- c) *quando i ricoveri o gli interventi chirurgici non siano effettuati in Strutture Mediche Convenzionate o, sebbene all'interno di queste ultime, le prestazioni siano erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica; in quest'ultimo caso la liquidazione avverrà con il pagamento misto che prevede il pagamento diretto per le sole spese inerenti i costi delle Strutture Mediche Convenzionate ed il pagamento a rimborso per quelle relative alle prestazioni erogate dai medici non convenzionati.*

Nei predetti casi la liquidazione di quanto dovuto a termini di contratto avverrà con il pagamento a rimborso in base alle norme di cui al successivo Art. 6.3. Il pagamento diretto non pregiudica comunque il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

ART. 6.3 MODALITÀ DI PAGAMENTO: IL PAGAMENTO A RIMBORSO

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura e/o medici non convenzionati, la Società provvede a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico ed indennizzabili a termini di contratto fermi i limiti di indennizzo previsti all'Art. 3.9.

In tale caso il rimborso delle spese avverrà nella misura dell'80% del loro ammontare (scoperto 20%). Tale scoperto non potrà comunque superare l'importo di euro 5.000,00 per singolo ricovero o intervento chirurgico.

In caso di ricovero o intervento chirurgico effettuato presso Strutture Mediche Convenzionate ma con prestazioni erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica, la liquidazione avviene in forma di pagamento misto ed il suddetto scoperto si applica all'ammontare di spese oggetto di rimborso e non a quanto pagato direttamente dalla Società alla Struttura Medica Convenzionata.

Per le altre spese previste dall'Art. 3.1 e diverse da quelle sostenute durante il periodo di ricovero, il rimborso avverrà comunque integralmente.

Il rimborso delle spese, debitamente documentate, avverrà solo a dimissione avvenuta e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, fatta salva l'eventuale franchigia.

ART. 6.4 MODALITÀ DI PAGAMENTO: L'INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale o a strutture con questo convenzionate o accreditate - ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il ricovero - la Società corrisponde l'indennità sostitutiva di cui all'Art. 3.5 *previa presentazione a dimissione avvenuta della certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.*

In tale caso la Società inoltre rimborserà le spese sostenute:

- *nei 90 giorni precedenti l'intervento o il ricovero e rimborsabili a termini della lettera d) dell'Art. 3.1;*
- *nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero e rimborsabili a termini della lettera e) dell'Art. 3.1;*
- *per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio e rimborsabili a termini della lettera f) dell'Art. 3.1;*
- *per il trasporto dell'Assicurato e rimborsabili a termini della lettera g) dell'Art. 3.1.*

Il rimborso delle predette spese, debitamente documentate, avverrà solo a cura ultimata e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

ART. 6.5 MODALITÀ DI PAGAMENTO: L'ANTICIPO INDENNIZZI

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di richiedere l'anticipo indennizzi previsto a termini dell'Art. 3.6, la Società anticiperà all'Assicurato stesso la somma occorrente a condizione che:

- sia presentata idonea certificazione rilasciata dall'istituto di cura attestante il preventivo di spesa relativo alle prestazioni oggetto del ricovero;
- l'Assicurato indichi la presunta data del ricovero che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta dell'anticipo. Trascorso tale periodo la Società avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo in caso di verificato mancato ricovero.

La Società avrà comunque diritto di richiedere la restituzione dell'anticipo in ogni caso di accertata non indennizzabilità, a termini di polizza, delle spese di ricovero.

ART. 6.6 MODALITÀ DI PAGAMENTO: LE SPESE EXTRARICOVERO

La Società riconosce il rimborso delle spese indennizzabili a termini dell'Art. 3.8 nella misura del 75% (scoperto 25%) per ogni spesa effettivamente sostenuta.

Qualora l'Assicurato richieda il rimborso dei soli ticket, in quanto sia ricorso a strutture convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, la Società riconoscerà il rimborso integrale delle spese a tale titolo sostenute senza applicazione dello scoperto sopra indicato.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica. Tutte le spese devono essere debitamente documentate, presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

ART. 6.7 DOCUMENTAZIONE FISCALE - RIMBORSO DA TERZI

La Società restituisce all'Assicurato le fatture, notule e distinte relative ai pagamenti effettuati, intendendosi per tali anche quelli effettuati a Struttura Medica Convenzionata in luogo dell'Assicurato stesso.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, *al netto di quanto a carico dei predetti terzi.*

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

ART. 6.8 FRANCHIGIA

La garanzia opera previa applicazione della franchigia pattuita.

Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato l'importo viene corrisposto previa deduzione della franchigia pattuita in somma.

In caso di operatività del servizio di pagamento diretto la Società tiene indenne l'Assicurato solo per la parte di spese che eccedono l'importo della franchigia indicata. Qualora siano operanti sia lo scoperto che la franchigia, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

In caso di pagamento dell'indennità sostitutiva la franchigia in somma non si trasforma in franchigia in giorni e viene pertanto corrisposta dal primo giorno di ricovero. Si precisa che ai fini dell'applicazione della franchigia:

- *i ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico o in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta;*
- le spese indennizzabili a termini di contratto sono considerate complessivamente per ricovero o intervento chirurgico e pertanto la franchigia andrà detratta dall'importo totale che sarebbe spettato in assenza della franchigia stessa;
- le spese indennizzabili a termini dell'Art. 3.2, relative alla stessa malattia, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta.

La franchigia è operante per tutte le garanzie di cui al capitolo 3 fatta eccezione per la garanzia “Rimborso spese extraricovero”.

ART. 6.9 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, 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 o 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. 6.10 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo;*
- 2) fornire alla Centrale Operativa Medica, alla Struttura Organizzativa o alle Strutture Mediche Convenzionate ogni informazione necessaria per la verifica del diritto alle prestazioni previste dal contratto;*
- 3) nel caso non ricorrano i termini per il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica, presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa.*

L'inadempimento ai suddetti obblighi può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

ART. 6.11 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, di cui all'Art. 1916 del Codice Civile, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio o della malattia.

7. Gravi eventi

ART. 7.1 GRAVI EVENTI

Per Gravi Eventi si intendono le seguenti malattie o stati patologici:

- **Infarto miocardico acuto:**

Coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazioni tipiche all'ECG; c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.

- **Chirurgia cardiovascolare:**

Procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna) previa dimostrazione della necessità dell'intervento mediante esame coronarografico; interventi di applicazione di valvola protesica meccanica o biologica; vengono invece escluse tutte le procedure terapeutiche invasive che non richiedano toracotomia quali ad esempio l'angioplastica coronarica e la dilatazione valvolare con cateteri a palloncino.

- **Ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto):**

Emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca permanente danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di indennizzo e rilevabile strumentalmente a mezzo di EEG, PET, RMN o TAC.

- **Tumore:**

Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola garanzia in oggetto vengono esclusi: i carcinomi in situ, le neoplasie intestinali in presenza di poliposi del colon - poliposi familiare intestinale, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III° e IV° o stadio di Clarke.

- **Insufficienza renale:**

Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

- **Trapianto d'organo:**

Malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attesti la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.

1. Definizioni specifiche

Prestazioni

Le assistenze prestate agli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce in nome e per conto della Società.

Sinistro

Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della garanzia e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Service S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da medici, tecnici, operatori che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

2. Prestazioni

ART. 2.1 INFORMAZIONI SANITARIE

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato desiderasse avere informazioni sanitarie relativamente a:

- Cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- Medici specialisti, centri sanitari nazionali e internazionali;
- Centri sanitari appropriati ed attrezzati per la cura della patologia sofferta; contatterà la Struttura Organizzativa che fornirà all'Assicurato le informazioni richieste.

ART. 2.2 INFORMAZIONI SANITARIE VIAGGIO

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato desiderasse ricevere le seguenti informazioni sanitarie relativamente al paese nel quale intende recarsi:

- vaccinazioni obbligatorie e/o consigliate;
- rischi sanitari e alimentari;
- precauzioni igienico-sanitarie;

contatterà la Struttura Organizzativa che fornirà all'Assicurato le informazioni richieste.

ART. 2.3 CONSULENZE MEDICHE SPECIALISTICHE

Qualora l'Assicurato necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente o attraverso il medico che lo ha in cura sul posto, i medici specialisti della Struttura Organizzativa. Tali medici specialisti possono essere:

- Ortopedico;
- Neurologo;
- Chirurgo Generale;
- Odontoiatra;
- Cardiologo;
- Ginecologo;
- Geriatra;
- Psicologo.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni l'Assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta, il nome dell'eventuale medico curante ed il suo recapito telefonico.

ART. 2.4 MEDICAL ADVICE PROGRAM

Qualora l'Assicurato abbia un'alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e richieda un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, i medici della Struttura Organizzativa, effettuata l'analisi del quadro clinico dell'Assicurato, offriranno la possibilità di accedere al Medical Advice Program, che prevede i seguenti tre livelli di assistenza:

- Consulenza medica di secondo livello

Per accedere al Medical Advice Program, l'Assicurato deve telefonare alla Struttura Organizzativa e spiegare il caso clinico per il quale richiede la seconda opinione medica.

I medici della Struttura Organizzativa, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questi l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i suoi medici curanti. In questa fase

saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e, se richiesta, potrà essere definita una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici.

- **Seconda opinione medica**

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva da parte dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico e all'elaborazione dei quesiti che verranno posti ai medici specialisti. La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri al Network medico di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, avvalendosi dell'esperienza di centri di eccellenza qualificati, potrà richiedere di visitare il paziente stesso. I costi della visita specialistica sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di una visita per sinistro.

I medici del Network medico di riferimento formuleranno rapidamente una risposta scritta di seconda opinione medica, che verrà inviata all'Assicurato per il tramite della Struttura Organizzativa. Se necessario quest'ultima potrà fornire un ausilio nell'interpretazione della risposta stessa.

- **Seconda opinione internazionale**

Qualora su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o del Network medico di riferimento si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di seconda opinione internazionale. Tale servizio prevederà la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico alla struttura internazionale individuata e la predisposizione di una risposta scritta di seconda opinione medica da parte della struttura internazionale.

- **Modalità di erogazione della prestazione Medical Advice Program**

Ricevuta la richiesta di prestazione, la Struttura Organizzativa invierà un modello che l'Assicurato dovrà compilare e restituire unitamente alla documentazione convenuta durante il colloquio di inquadramento del caso eseguito con il personale medico della Struttura stessa.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa garanzia, i medici che l'hanno visitato o curato in relazione al sinistro.

Ricevuta la documentazione clinica sarà la Struttura Organizzativa a provvedere a trasmetterla al Network medico di riferimento. Formulata la seconda opinione medica, il Network medico di riferimento la invierà alla Struttura Organizzativa la quale lo farà pervenire all'Assicurato. I costi relativi all'erogazione del parere medico, alla trasmissione della documentazione clinica scritta e/o iconografica e all'eventuale traduzione in lingua inglese della documentazione clinica e in lingua italiana della seconda opinione internazionale restano direttamente a carico della Struttura Organizzativa. Restano invece a carico dell'Assicurato i costi che lo stesso debba sostenere per la prima trasmissione della documentazione clinica e diagnostica alla Struttura Organizzativa.

ART. 2.5 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST-RICOVERO "PRIMO AIUTO"

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 3 pernottamenti dovuto ad infortunio o malattia, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire entro 7 giorni dalle dimissioni l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 15 ore per sinistro e con il limite di 45 ore per anno assicurativo:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;

- personale non sanitario addetto ai servizi: di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico o in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro.

Restano comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 2.6 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST-RICOVERO "INTENSIVO"

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 7 pernottamenti dovuto ad infortunio o malattia, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire entro 7 giorni dalle dimissioni l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 30 giorni per sinistro e con il limite di 60 giorni per annualità assicurativa:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;
- personale non sanitario addetto a servizi: di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

La presente garanzia per lo stesso sinistro non è cumulabile a quanto previsto al precedente Art. 2.5 dell'Assicurazione Assistenza. I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro.

Restano comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 2.7 RICERCA E SEGNALEZIONE CENTRI CLINICI SPECIALIZZATI

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia debba essere sottoposto a ricovero per terapia o intervento chirurgico, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, individuerà e segnalerà il centro clinico in Italia specializzato ed attrezzato per l'intervento o la terapia.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni di cui al presente articolo l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa fornendo le necessarie informazioni.

ART. 2.8 TRASPORTO DELL'ASSICURATO

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto con autoambulanza tra l'Istituto di cura ed il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto nell'ambito della regione di residenza sostenendone direttamente le spese fino ad una percorrenza massima di Km. 100 andata/ritorno per sinistro con il limite di Km. 200 per annualità assicurativa.

3. Norme specifiche assicurazione assistenza

ART. 3.1 ATTIVAZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Le prestazioni oggetto della presente polizza sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa.

ART. 3.2 MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per beneficiare delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

al numero verde **800 904 596**

oppure al numero **+39 02 58 245 356**

L'Assicurato all'atto della richiesta della prestazione dovrà comunicare:

- a) il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) nome e cognome;*
- c) numero di polizza preceduto dalla sigla LVMO;*
- d) indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di telefonare, potrà inviare un telegramma a Europ Assistance Service S.p.A., Piazza Trento, 8 - 20135 Milano.

La Struttura Organizzativa è in funzione:

- 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni di cui agli Artt. 2.3, 2.4, 2.5, 2.6 e 2.8;
- dalle ore 9,00 alle ore 18,00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli Artt. 2.1, 2.2 e 2.7.

ART. 3.3 INESISTENZA DELL'OBBLIGO DI FORNIRE PRESTAZIONI ALTERNATIVE

Qualora l'Assicurato non usufruisca delle prestazioni previste dalla presente garanzia non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

ART. 3.4 ALTRE ASSICURAZIONI ASSISTENZA

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra polizza Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente polizza ad altra società, le suddette prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

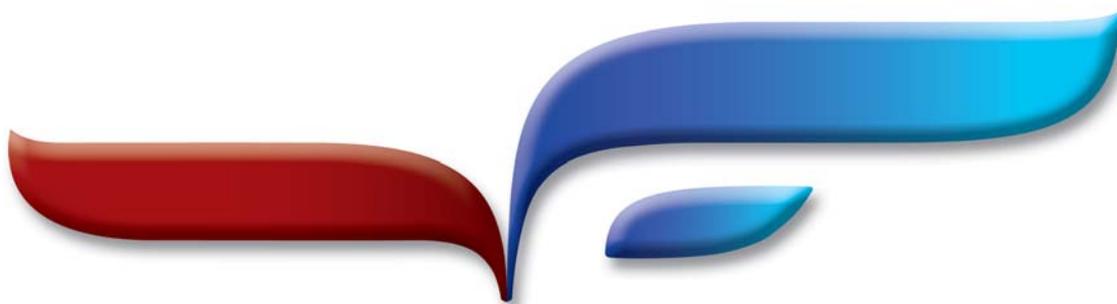
Tabella aggiornamento premio

Tabella 1

VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE ORO - Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato.

ORO Percentuali di aumento del premio rispetto all'annualità precedente

ETÀ	MASCHI	FEMMINE	ETÀ	MASCHI	FEMMINE	ETÀ	MASCHI	FEMMINE
50	3,13	2,15	67	2,42	2,41	84	1,77	2,46
51	3,09	2,17	68	2,38	2,42	85	1,74	2,46
52	3,05	2,19	69	2,34	2,43	86	1,70	2,45
53	3,01	2,21	70	2,30	2,43	87	1,67	2,45
54	2,97	2,23	71	2,26	2,44	88	1,64	2,44
55	2,93	2,24	72	2,22	2,45	89	1,60	2,44
56	2,89	2,26	73	2,18	2,45	90	1,57	2,43
57	2,84	2,28	74	2,14	2,45	91	1,54	2,43
58	2,80	2,30	75	2,10	2,46	92	1,50	2,42
59	2,76	2,31	76	2,07	2,46	93	1,47	2,42
60	2,72	2,33	77	2,03	2,46	94	1,44	2,41
61	2,67	2,34	78	1,99	2,46	95	1,40	2,40
62	2,63	2,35	79	1,95	2,47	96	1,37	2,39
63	2,59	2,37	80	1,92	2,47	97	1,34	2,38
64	2,55	2,38	81	1,88	2,46	98	1,31	2,38
65	2,51	2,39	82	1,84	2,46	99	1,28	2,37
66	2,46	2,40	83	1,81	2,46	100 e oltre	1,10	2,30



VIVIFUTURO

PROTEZIONE SALUTE
POLIZZA MALATTIE
E ASSISTENZA

FORMULA PLATINO

VIVIFUTURO
Lloyd Italic
DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI

Indice

VIVIFUTURO - PROTEZIONE SALUTE - Formula Platino

• 1. Definizioni	pag.	56
• 2. Norme comuni	“	59
Art. 2.1 Durata e proroga dell'assicurazione	“	59
Art. 2.2 Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione	“	59
Art. 2.3 Adeguamento annuale del premio in base all'età dell'Assicurato	“	59
Art. 2.4 Adeguamento del premio: rivedibilità della tariffa	“	60
Art. 2.5 Bonus per assenza di sinistri	“	60
Art. 2.6 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni	“	60
Art. 2.7 Dichiarazione di stato di non fumatore	“	61
Art. 2.8 Assicurazione presso diversi assicuratori	“	61
Art. 2.9 Recesso in caso di sinistro entro i primi due anni	“	61
Art. 2.10 Indicizzazione	“	61
Art. 2.11 Oneri	“	62
Art. 2.12 Rinvio alla legge	“	62
Art. 2.13 Variazioni nell'elenco delle Strutture Mediche Convenzionate	“	62
• 3. Garanzie	“	63
Art. 3.1 Spese ospedaliere e chirurgiche	“	63
Art. 3.2 Cure prolungate post diagnosi	“	63
Art. 3.3 Trapianti	“	63
Art. 3.4 Accompagnatore	“	64
Art. 3.5 Indennità sostitutiva	“	64
Art. 3.6 Anticipo indennizzi	“	64
Art. 3.7 Somma assicurata	“	64
Art. 3.8 Rimborso spese extraricovero	“	64
Art. 3.9 Limiti di indennizzo in assenza di pagamento diretto	“	65
• 4. Programma di prevenzione sanitaria	“	66
Art. 4.1 Check-up annuale	“	66
Art. 4.2 Modalità di erogazione del Check-up	“	66
• 5. Delimitazioni dell'assicurazione	“	68
Art. 5.1 Validità territoriale	“	68
Art. 5.2 Persone non assicurabili	“	68
Art. 5.3 Esclusioni	“	68
Art. 5.4 Termini di aspettativa	“	69

• 6. Norme operanti in caso di sinistro	“	70
Art. 6.1 Cosa fare in caso di sinistro	“	70
Art. 6.2 Modalità di pagamento: il pagamento diretto	“	70
Art. 6.3 Modalità di pagamento: il pagamento a rimborso	“	71
Art. 6.4 Modalità di pagamento: l'indennità sostitutiva	“	71
Art. 6.5 Modalità di pagamento: l'anticipo indennizzi	“	72
Art. 6.6 Modalità di pagamento: le spese extraricovero	“	72
Art. 6.7 Documentazione fiscale - Rimborso da terzi	“	72
Art. 6.8 Franchigia	“	72
Art. 6.9 Controversie - Arbitrato irrituale	“	73
Art. 6.10 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	“	73
Art. 6.11 Rinuncia all'azione di rivalsa	“	73

VIVIFUTURO - PROTEZIONE ASSISTENZA - Formula Platino

• 1. Definizioni specifiche	“	74
• 2. Prestazioni	“	75
Art. 2.1 Informazioni sanitarie	“	75
Art. 2.2 Informazioni sanitarie in viaggio	“	75
Art. 2.3 Consulenze mediche specialistiche	“	75
Art. 2.4 Consulenze specialistiche di orientamento al Check-up	“	75
Art. 2.5 Medical Advice Program	“	76
Art. 2.6 Care management	“	77
Art. 2.7 Assistenza domiciliare integrata post-ricovero “Primo aiuto”	“	77
Art. 2.8 Assistenza domiciliare integrata post-ricovero “Avanzato”	“	77
Art. 2.9 Distance care di monitoraggio	“	78
Art. 2.10 Ricerca e segnalazione Centri Clinici Specializzati	“	78
Art. 2.11 Ricerca della Residenza Sanitario Assistenziale	“	78
Art. 2.12 Trasporto dell'Assicurato	“	78
Art. 2.13 Trasferimento in centro ospedaliero attrezzato	“	79
Art. 2.14 Rientro dal centro ospedaliero attrezzato	“	79
• 3. Norme specifiche assicurazione assistenza	“	80
Art. 3.1 Attivazione della Struttura Organizzativa	“	80
Art. 3.2 Modalità per la richiesta di assistenza	“	80
Art. 3.3 Insistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative	“	80
Art. 3.4 Altre assicurazioni assistenza	“	80
• Tabella aggiornamento premio	“	81

1. Definizioni

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Assicurato

La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.

Centrale Operativa Medica

La struttura in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle 20,00 ed il sabato dalle 8,00 alle 18,00 esclusi i festivi, costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.

Contraente

La persona che stipula il contratto di assicurazione.

Day hospital

La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.

Franchigia

Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

Per le garanzie che prevedono una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

Ictus cerebrale

Emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca permanente danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di indennizzo e rilevabile strumentalmente a mezzo di EEG, PET, RMN o TAC.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Insufficienza renale

Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.

Istituto di cura

Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.

Lettera di impegno

Il documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e Struttura Medica Convenzionata in relazione al ricovero o l'intervento chirurgico e con riferimento alle condizioni di assicurazione; tale documento deve essere sottoscritto dall'Assicurato all'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia oncologica

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Non fumatore

L'Assicurato che:

- non ha fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni;
- negli ultimi cinque anni non ha dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica.

Nucleo familiare

Il nucleo familiare composto dai coniugi non legalmente separati o conviventi more uxorio risultanti dallo stato di famiglia ed assicurati con il contratto.

Pagamento a rimborso

La liquidazione a rimborso che la Società effettua per le spese sostenute in via anticipata dall'Assicurato per prestazioni indennizzabili a termini di contratto.

Pagamento diretto

Il servizio di liquidazione che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua nei confronti della Struttura Medica Convenzionata per le spese relative ai ricoveri o interventi chirurgici indennizzabili a termini di contratto.

Pagamento misto

La liquidazione che la Società, in parte in forma di pagamento diretto alle Strutture Mediche Convenzionate ed in parte in forma di pagamento a rimborso per le prestazioni erogate da medici non convenzionati, effettua per le spese relative a prestazioni indennizzabili a termini di contratto.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

Sinistro

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Società

La Compagnia di assicurazioni Toro Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: 10123 Torino, via Mazzini, 53 - Sede della Divisione Lloyd Italico: 16121 Genova - via Fieschi 9.

Strutture Mediche Convenzionate

Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.

2. Norme comuni

ART. 2.1 DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione, fatto salvo quanto previsto in materia dalle norme di legge, è operante per il periodo di validità contrattualmente stabilito. La Società si obbliga, ferme restando le condizioni di contratto, per tutto il periodo in cui resti in vita l'Assicurato al rinnovo alla scadenza salvo il verificarsi di uno dei seguenti casi:

- esagerazione dolosa dell'entità del sinistro da parte del Contraente o dell'Assicurato;
- mancato pagamento del premio entro il 15° giorno dalla scadenza; qualora la Società intenda avvalersi di tale facoltà dovrà darne comunicazione al Contraente il quale avrà ulteriori 15 giorni per adempiere al pagamento del premio in assenza del quale trascorso anche tale periodo il contratto si riterrà risolto;
- rinuncia all'assicurazione di uno degli Assicurati; in tale caso la Società previa richiesta dell'Assicurato avvenuta entro 60 giorni dalla scadenza annuale si impegna a proseguire l'assicurazione nei suoi confronti mediante la sottoscrizione di un nuovo contratto a condizioni di premio nei suoi confronti analoghe a quanto precedentemente in corso; nei confronti di tutti gli Assicurati si terrà eventualmente conto della differenza prevista per la riduzione del numero di Assicurati in un unico contratto;
- cessazione del Contraente; in caso di scomparsa del Contraente la Società si obbliga a contrarre con gli Assicurati che ne facciano richiesta entro 60 giorni dalla scadenza annuale alle stesse condizioni di premio in corso precedentemente alla scomparsa del Contraente;
- mancata accettazione da parte del Contraente del nuovo premio variato in base a quanto previsto all'Art. 2.4;
- cessazione dell'esercizio del ramo Malattie e/o Assistenza da parte della Società.

In mancanza di disdetta data dal Contraente con preavviso di almeno 60 giorni prima della data di scadenza, il contratto - sempreché stipulato almeno per un anno - è prorogato per una durata pari ad un anno e così successivamente.

ART. 2.2 PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Fermi i termini di aspettativa di cui all'Art. 5.4, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

In ogni caso il servizio di pagamento diretto di cui all'Art. 6.2 resterà sospeso dalle ore 24 del giorno di scadenza fino alle ore 24 del giorno di pagamento fermo quanto previsto al successivo periodo.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, termini di aspettativa di cui all'Art. 5.4 vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento. I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

ART. 2.3 ADEGUAMENTO ANNUALE DEL PREMIO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO

Il premio dell'assicurazione è determinato in base all'età del singolo Assicurato all'atto della stipulazione del contratto. In occasione di ciascuna scadenza di annualità assicurativa, il premio indicato in polizza per Assicurato viene aggiornato applicando la percentuale corrispondente all'età raggiunta dall'Assicurato stesso ed indicata nella tabella 1 allegata.

Al premio per la nuova annualità, determinato dalla sommatoria dei premi degli Assicurati in ragione dell'età raggiunta, andrà applicato quanto previsto dall'Art. 2.10 "Indicizzazione".

ART. 2.4 ADEGUAMENTO DEL PREMIO: RIVEDIBILITÀ DELLA TARIFFA

Qualora l'andamento tecnico della totalità dei contratti sottoscritti dalla Società aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE evidenzi uno scostamento rispetto alle basi statistico-attuariali utilizzate per la determinazione della tariffa, la Società almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa, può richiedere l'adeguamento del premio in base alla tariffa vigente al momento della richiesta.

L'adeguamento del premio potrà avvenire ad intervalli non inferiori a 5 annualità ed è subordinato al superamento, in almeno 2 degli ultimi 3 esercizi, del valore percentuale 85 del "rapporto tra sinistri e premi" riferito alla totalità dei contratti aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE. Ai fini della presente clausola per "rapporto tra sinistri e premi" deve intendersi il rapporto tra l'ammontare dei sinistri pagati nel corso dell'esercizio ed i premi, al netto dell'imposta, incassati nello stesso periodo riferiti alla totalità dei contratti aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE. Per la verifica della sussistenza delle condizioni che determinano l'adeguamento del premio la Società si avvarrà dell'intervento di un Attuario professionista, esterno alla Società.

La nuova tariffa verrà applicata alla totalità dei contratti stipulati con la Società aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE.

Il Contraente, qualora non accettasse le nuove condizioni di premio, avrà la facoltà di astenersi dal pagamento del premio in deroga a quanto disposto al precedente Art. 2.2 ed il contratto si risolverà senza necessità di dare disdetta.

ART. 2.5 BONUS PER ASSENZA DI SINISTRI

Il premio lordo malattie relativo alla sesta annualità assicurativa, e successivamente dopo ogni ulteriori cinque annualità trascorse, sarà di ammontare pari al 75% dell'importo che, a titolo di premio, sarebbe stato determinato in assenza di questa clausola, *sempreché ricorrano le seguenti condizioni:*

1. *che non si sia verificato alcun indennizzo relativamente a sinistri malattie sul presente contratto nelle cinque annualità precedenti;*
2. *che il Contraente abbia regolarmente pagato tutti premi scaduti e che il contratto risulti ancora in vigore all'atto dell'erogazione del Bonus;*
3. *che il Contraente, alle date di scadenza delle rate in cui verrà riconosciuta la riduzione del premio, effettui un versamento aggiuntivo nella copertura assicurativa VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA sottoscritta dal Contraente di importo pari almeno al 25% del premio lordo malattie che sarebbe stato determinato per il presente contratto in assenza di tale articolo.*

In mancanza anche di una sola delle sopra indicate condizioni, il premio sarà quello che sarebbe stato determinato in assenza di questo articolo.

Ai fini della verifica del diritto all'erogazione del Bonus si precisa che non si considerano sinistri malattie le richieste di indennizzo di cui alla garanzia "Programma di Prevenzione Sanitaria" e le eventuali richieste di prestazioni di cui all'assicurazione Assistenza. I premi relativi alle annualità successive al riconoscimento del Bonus verranno determinati, anche ai fini della clausola "Indicizzazione", come se questa clausola non esistesse.

ART. 2.6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO E FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti che costituiscono parte integrante del contratto.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessa-

zione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

ART. 2.7 DICHIARAZIONE DI STATO DI NON FUMATORE

Premesso che la presente assicurazione malattie si basa su di una tariffa che prevede premi inferiori per i non fumatori, *nel caso il Contraente o l'Assicurato in sede contrattuale abbia dichiarato uno stato di non fumatore, ai sensi del precedente articolo, per dichiarazioni inesatte e reticenti all'atto della stipulazione ovvero per mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio per venir meno dello stato di non fumatore, il pagamento del danno è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.*

ART. 2.8 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

ART. 2.9 RECESSO IN CASO DI SINISTRO ENTRO I PRIMI DUE ANNI

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni le Parti possono recedere dall'assicurazione.

In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso ovvero, qualora sia comunicato meno di 30 giorni prima di tale data, il recesso stesso avrà effetto trascorsi 30 giorni dal ricevimento della raccomandata.

In caso di recesso esercitato dal Contraente, questo potrà avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso. La Società rinuncia a tale facoltà di recesso decorsi due anni dalla data di stipulazione del contratto di assicurazione.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

ART. 2.10 INDICIZZAZIONE

Le somme assicurate, il premio, le franchigie, i minimi ed i massimi di scoperto ed i limiti di indennizzo espressi in misura fissa, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'Indice "spese mediche", rappresentato dalla media aritmetica dei numeri indici "servizi medici, analisi cliniche ed accertamenti diagnostici, servizi ospedalieri", tratti dall'Indice dei Prezzi al consumo per l'intera collettività nazionale, rilevato dall'ISTAT, ponderata con gli stessi pesi utilizzati dal predetto Istituto.

Nel corso di ogni anno solare l'adeguamento si effettua adottando come base il riferimento iniziale e per gli aggiornamenti l'indice del mese di giugno dell'anno precedente. Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a partire dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice da parte dell'ISTAT o dei pesi del paniere, verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile e/o all'ultimo paniere disponibile.

Qualora l'ISTAT modifichi la composizione ed i parametri del suddetto indice, è facoltà della Società calcolare l'adeguamento in base al nuovo Indice "spese mediche" o proporre un indice diverso. In tal caso, la Società comunica la variazione al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

ART. 2.11 ONERI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

ART. 2.12 RINVIO ALLA LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

ART. 2.13 VARIAZIONI NELL'ELENCO DELLE STRUTTURE MEDICHE CONVENZIONATE

L'elenco delle Strutture Mediche Convenzionate con la Centrale Operativa Medica può essere soggetto a variazioni in conseguenza dell'entrata o dell'uscita di alcune strutture dalle convenzioni.

Per conoscere l'elenco aggiornato l'Assicurato potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa Medica oppure rivolgersi all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

3. Garanzie

ART. 3.1 SPESE OSPEDALIERE E CHIRURGICHE

La presente assicurazione opera, fino a concorrenza della somma assicurata indicata in polizza, in caso di:

- **interventi chirurgici** effettuati in regime di ricovero in istituto di cura, day hospital o ambulatorio medico, resi necessari da malattia o infortunio;
- **ricoveri in istituto di cura senza intervento chirurgico** resi necessari da malattia o infortunio;

per l'indennizzo delle spese necessarie per:

- a) gli onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il day hospital o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
- c) le rette di degenza;
- d) esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, *purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;*
- e) esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici (compresa agopuntura purché effettuata da medico) o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento o di dimissione, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- f) l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio *nei 30 giorni successivi alla data di dimissione, fino alla concorrenza del limite di euro 2.000,00;*
- g) trasporto dell'Assicurato, con idoneo mezzo di trasporto sanitario (compreso aereo o elicottero sanitario) all'istituto di cura, da un istituto di cura all'altro e per il ritorno a casa, *il tutto fino ad un massimo di euro 2.500,00 per intervento o ricovero.*

Per i soli ricoveri senza intervento chirurgico, qualora l'Assicurato al momento del sinistro abbia un'età superiore a 75 anni, la garanzia è operante fino ad un massimo di 60 giorni di ricovero ed a concorrenza dell'importo di Euro 10.000,00 per malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero stesso.

ART. 3.2 CURE PROLUNGATE POST DIAGNOSI

In caso di diagnosi di uno dei seguenti gravi stati patologici:

- malattia oncologica;
- insufficienza renale;
- ictus cerebrale;

la Società tiene indenne l'Assicurato, oltre a quanto previsto dall'Art. 3.1, delle spese rese necessarie e sostenute *entro i 2 anni dalla prima diagnosi, per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie fino a concorrenza della somma assicurata di euro 6.000,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa per persona assicurata.*

ART. 3.3 TRAPIANTI

Nel caso l'Assicurato necessiti, in conseguenza di malattia od infortunio, di essere sottoposto a trapianto, la Società tiene indenne l'Assicurato, fino a concorrenza della somma assicurata, delle spese necessa-

rie per il trapianto di organi, o parti di essi, nonché delle spese sostenute anche per l'eventuale ricovero del donatore vivente; tale garanzia opera negli stessi termini previsti all'Art. 3.1.

ART. 3.4 ACCOMPAGNATORE

Nel caso l'Assicurato, ricoverato in istituto di cura a seguito di evento indennizzabile a termini dell'Art. 3.1, necessiti dell'assistenza di un accompagnatore la Società tiene indenne l'Assicurato delle spese necessarie per il vitto e il pernottamento in istituto di cura, od in struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera, dell'accompagnatore.

La garanzia opera fino ad un massimo di euro 100,00 giornalieri, per un periodo non superiore a 100 giorni per annualità assicurativa; le spese di viaggio sostenute dall'accompagnatore e comprovate da documentazione giustificativa verranno rimborsate fino a concorrenza della somma di euro 1.500,00 per annualità assicurativa.

ART. 3.5 INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Qualora non risultino spese a carico dell'Assicurato in quanto i costi relativi al periodo di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale - ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il ricovero - l'Assicurato avrà diritto ad un indennizzo di Euro 125,00 per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione. L'indennità verrà corrisposta, anche in caso di intervento chirurgico in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza nella misura del 50% dell'importo sopra indicato.

Le eventuali spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di ricovero - lettere d), e), f) e g) dell'Art. 3.1 - saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di polizza.

L'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di 90 giorni per annualità assicurativa.

ART. 3.6 ANTICIPO INDENNIZZI

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere ad istituti di cura e/o medici non convenzionati, è facoltà dell'Assicurato richiedere alla Società un anticipo sull'ammontare di spese complessivamente preventive dall'istituto di cura per le prestazioni indennizzabili a termini di polizza.

La Società anticiperà all'Assicurato la somma:

- *a condizione che il preventivo di spesa formulato dall'istituto di cura sia di almeno Euro 15.000,00;*
- *entro il limite del 50% della somma assicurata e con il massimo di Euro 50.000,00;*
- *a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di polizza delle spese di ricovero.*

In caso di pagamento misto l'anticipo potrà essere richiesto limitatamente agli importi di spesa relativi agli onorari dei medici non convenzionati. *In tal caso nel preventivo da presentare secondo le modalità descritte al successivo Art. 6.5 dovrà essere evidenziato l'importo relativo all'équipe medico chirurgica e l'anticipo non potrà superare tale importo.*

ART. 3.7 SOMMA ASSICURATA

La somma assicurata indicata in polizza deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata.

ART. 3.8 RIMBORSO SPESE EXTRARICOVERO

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, fino alla concorrenza della somma assicurata di euro 2.500,00, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata:

- **Angiografia**
- **Arteriografia**
- **Cistografia**

- Coronarografia
- Doppler (eco-color-doppler, eco-doppler)
- Ecocardiografia
- Elettromiografia
- Endoscopia (broncoscopia, colonscopia, rettoscopia, ecc.)
- Esame urodinamico completo
- Isterosalpingografia
- Holter
- Laserterapia
- Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC)
- Radioterapia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia ad emissione di positroni (PET)
- Urografia.

La Società rimborsa le spese sostenute per tali prestazioni previa applicazione di uno scoperto del 25% per ogni spesa effettivamente sostenuta. Tale scoperto non viene applicato nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

ART. 3.9 LIMITI DI INDENNIZZO IN ASSENZA DI PAGAMENTO DIRETTO

Qualora l'Assicurato non usufruisca del pagamento diretto, la Società indennizza le spese per ciascun evento con i seguenti limiti:

- *per le rette di degenza fino a concorrenza della somma di euro 250,00 giornalieri;*
- *per gli interventi o ricoveri dovuti a cataratta con eventuale impianto di cristallino fino a concorrenza della somma di euro 3.000,00;*
- *per gli interventi o ricoveri dovuti ad ernia discale fino a concorrenza della somma di euro 13.000,00;*
- *per gli interventi o ricoveri dovuti ad isterectomia fino a concorrenza della somma di euro 10.000,00;*
- *per gli interventi o ricoveri dovuti ad ernie inguinali ed addominali fino a concorrenza della somma di euro 5.000,00;*
- *per gli interventi o ricoveri dovuti a mastopatie (eccetto forme maligne) fino a concorrenza della somma di euro 3.000,00;*
- *per gli interventi o ricoveri dovuti a laparocoele, fino a concorrenza della somma di euro 3.000,00;*
- *per gli interventi o ricoveri dovuti a calcolosi della colecisti fino a concorrenza della somma di euro 6.000,00;*
- *per gli interventi o ricoveri dovuti a calcolosi renali e ureterali fino a concorrenza della somma di euro 4.000,00;*
- *per gli interventi o ricoveri dovuti a ipertrofia prostatica fino a concorrenza della somma di euro 6.000,00;*
- *per gli interventi o ricoveri dovuti a artroprotesi dell'anca fino a concorrenza della somma di euro 15.000,00;*
- *per gli interventi o ricoveri dovuti a varici, emorroidi, ragadi e fistole, fino a concorrenza della somma di euro 4.000,00;*
- *per gli interventi o ricoveri dovuti a alluce valgo, sindromi del tunnel carpale, meniscectomia, fino a concorrenza della somma di euro 4.000,00.*

I predetti limiti non sono ovviamente operanti nel caso venga corrisposta l'indennità sostitutiva di cui all'Art. 3.5.

4. Programma di prevenzione sanitaria

ART. 4.1 CHECK-UP ANNUALE

L'Assicurato potrà beneficiare del programma di prevenzione scegliendo, in occasione di ciascun check-up ed in relazione al proprio stato di salute ed al profilo sanitario, una visita specialistica con l'eventuale esame abbinato tra l'elenco di prestazioni indicate nella tabella sotto riportata.

Il primo check-up sarà erogabile nel corso dell'annualità seguente alla data di decorrenza indicata nell'allegato Mod. MV42 i seguenti nel corso di ciascuna successiva annualità.

L'erogazione del check-up avverrà a condizione che risultino pagate le rate di premio antecedenti.

Le prestazioni comprese nel check-up sono le seguenti, differenziate in base al sesso dell'Assicurato:

DONNA

- Visita cardiologica con elettrocardiogramma anche sotto sforzo;
- Visita cardiologica con ecocardiogramma;
- Visita internistica con esami del sangue;
- Visita dietologica con esami ematochimici;
- Visita diabetologica con esami del sangue correlati al controllo dei valori;
- Visita endocrinologica con controllo valori tiroide (TSH, T3, T4);
- Visita ginecologica con esame pap-test;
- Visita senologica con ecografia mammaria.

UOMO

- Visita cardiologica con elettrocardiogramma anche sotto sforzo;
- Visita cardiologica con ecocardiogramma;
- Visita internistica con esami del sangue;
- Visita dietologica con esami ematochimici;
- Visita diabetologica con esami del sangue correlati al controllo dei valori;
- Visita urologica con ecografia vie urinarie;
- Visita urologica con PSA;
- Visita gastroenterologica con ricerca sangue occulto fecale.

ART. 4.2 MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL CHECK-UP

Per effettuare le prestazioni sanitarie di cui all'Art. 4.1 l'Assicurato potrà rivolgersi alla Centrale Operativa Medica - *in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 18,00 esclusi i festivi infrasettimanali - telefonando ai seguenti numeri:*

dall'Italia al numero verde 800 655 647

dall'estero al numero +39 02 40 959 625

Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:

- a) nome e cognome;
- b) numero di polizza;
- c) luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.

La Centrale Operativa Medica, in accordo con l'Assicurato, si occuperà della prenotazione delle prestazioni sanitarie comunicando la disponibilità presso la Struttura Medica Convenzionata.

La Società s'incaricherà di pagare direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese relative alle prestazioni sanitarie comprese in garanzia.

La Società e la Centrale Operativa Medica non verranno a conoscenza degli esiti del check-up. L'Assicurato ha altresì la facoltà di non avvalersi del servizio di prenotazione e di pagamento diretto, effettuando per proprio conto le prestazioni sanitarie presso altre strutture mediche non convenzionate; in tal caso la Società rimborserà le spese sostenute per le prestazioni sanitarie comprese in garanzia, *fino a concorrenza massima di euro 200,00 da intendersi come disponibilità complessiva per ciascun check-up.*

Per il rimborso delle spese sostenute l'Assicurato dovrà inviare le fatture di spesa in originale direttamente alla Società. La richiesta di rimborso dovrà essere effettuata, in un'unica soluzione per ciascun check-up, entro i 60 giorni successivi alla scadenza dell'annualità assicurativa nel corso della quale sono state sostenute le spese indennizzabili.

Qualora gli esami di laboratorio di cui all'Art. 4.1 let. a) vengano effettuati mediante prescrizione del proprio medico curante l'Assicurato avrà diritto al rimborso integrale del ticket; qualora invece tali accertamenti non vengano effettuati per il tramite del proprio medico curante il rimborso per dette spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 20%.

5. Delimitazioni dell'Assicurazione

ART. 5.1 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Limitatamente alle prestazioni previste dall'assicurazione Assistenza la validità è all'interno del territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano, ad eccezione delle consulenze mediche ed informazioni telefoniche che hanno validità anche all'estero.

ART. 5.2 PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV comunque non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'indennizzo. In questo caso la Società rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

ART. 5.3 ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;*
- d) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;*
- e) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;*
- f) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);*
- g) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi comportamenti nevrotici;*
- h) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- i) le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;*
- l) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesi e di implantologia;*
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- l) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*

m) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronicari o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

ART. 5.4 TERMINI DI ASPETTATIVA

Dal giorno di effetto del contratto, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) dello stesso giorno per gli infortuni;*
- b) del trentesimo giorno successivo per le malattie;*
- c) del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società.*

Qualora questo contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto questo contratto, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso di questo contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

6. Norme operanti in caso di sinistro

ART. 6.1 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato che debba essere ricoverato o sostenere un intervento chirurgico potrà avvalersi delle seguenti opzioni:

- usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero o di intervento a norma dell'Art. 6.2 attivando preventivamente la Centrale Operativa Medica che effettuerà la prenotazione della Struttura Medica Convenzionata;
- richiedere il pagamento a rimborso delle spese anticipate all'istituto di cura e/o al medico non convenzionato; il rimborso di tali spese verrà effettuato in base a quanto previsto dall'Art. 6.3 nella misura dell'80% delle spese sostenute;
- ricorrere agli istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale o a strutture con questo convenzionate o accreditate ottenendo la corresponsione dell'indennità sostitutiva a norma dell'Art. 6.4.

In ogni caso per le spese diverse da quelle sostenute durante il ricovero o l'intervento chirurgico e per quelle relative alla garanzia "Rimborso spese extraricovero", l'Assicurato, provveduto personalmente al pagamento, ne richiederà il rimborso in base a quanto rispettivamente previsto dagli Artt. 6.4 e 6.5.

ART. 6.2 MODALITÀ DI PAGAMENTO: IL PAGAMENTO DIRETTO

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a Strutture Mediche Convenzionate, la Società provvede al pagamento diretto delle spese relative all'assistenza ricevuta dall'Assicurato durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico o dell'eventuale eccedenza di spesa rispetto quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per usufruire del pagamento diretto delle spese di cui all'Art. 3.1, senza pertanto anticipare alcuna somma, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa Medica (in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 20,00 ed il sabato dalle 8,00 alle 13,00 esclusi i festivi) telefonando

dall'Italia al numero **800 655 647**

dall'estero al numero **+39 02 40 959 625**

fornendo i seguenti dati:

- numero di polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;
- causale del ricovero o dell'intervento chirurgico risultante dalla prescrizione del medico curante comprensiva della diagnosi circostanziata (tale documentazione dovrà essere inviata alla Centrale Operativa Medica);
- luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.

La Centrale Operativa Medica, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, provvede all'individuazione della Struttura Medica Convenzionata in accordo con l'Assicurato ed alla conferma allo stesso dell'avvenuta prenotazione della prestazione nonché dell'operatività del pagamento diretto.

All'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata sarà sufficiente che l'Assicurato compili la Lettera di impegno.

La Centrale Operativa Medica in seguito pagherà direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le

spese garantite a termini di contratto in luogo dell'Assicurato, *fatta salva l'eventuale franchigia che resterà a carico dell'Assicurato stesso.*

Resta inteso che il pagamento diretto non sarà comunque possibile nei seguenti casi:

- a) *quando non sia stato confermato il pagamento diretto dalla Centrale Operativa Medica;*
- b) *quando le spese siano relative a ricoveri o interventi chirurgici diversi da quelli per cui sia stato confermato il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica;*
- c) *quando i ricoveri o gli interventi chirurgici non siano effettuati in Strutture Mediche Convenzionate o, sebbene all'interno di queste ultime, le prestazioni siano erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica; in quest'ultimo caso la liquidazione avverrà con il pagamento misto che prevede il pagamento diretto per le sole spese inerenti i costi delle Strutture Mediche Convenzionate ed il pagamento a rimborso per quelle relative alle prestazioni erogate dai medici non convenzionati.*

Nei predetti casi la liquidazione di quanto dovuto a termini di contratto avverrà con il pagamento a rimborso in base alle norme di cui al successivo Art. 6.3.

Il pagamento diretto non pregiudica comunque il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

ART. 6.3 MODALITÀ DI PAGAMENTO: IL PAGAMENTO A RIMBORSO

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura e/o medici non convenzionati, la Società provvede a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico ed indennizzabili a termini di contratto fermi i limiti di indennizzo previsti all'Art. 3.9.

In tale caso il rimborso delle spese avverrà nella misura dell'80% del loro ammontare (scoperto 20%). Tale scoperto non potrà comunque superare l'importo di euro 5.000,00 per singolo ricovero o intervento chirurgico.

In caso di ricovero o intervento chirurgico effettuato presso Strutture Mediche Convenzionate ma con prestazioni erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica, la liquidazione avviene in forma di pagamento misto ed il suddetto scoperto si applica all'ammontare di spese oggetto di rimborso e non a quanto pagato direttamente dalla Società alla Struttura Medica Convenzionata. Per le altre spese previste dall'Art. 3.1 e diverse da quelle sostenute durante il periodo di ricovero, il rimborso avverrà comunque integralmente.

Il rimborso delle spese, debitamente documentate, avverrà solo a dimissione avvenuta e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, fatta salva l'eventuale franchigia.

ART. 6.4 MODALITÀ DI PAGAMENTO: L'INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale o a strutture con questo convenzionate o accreditate - ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il ricovero - la Società corrisponde l'indennità sostitutiva di cui all'Art. 3.5 *previa presentazione a dimissione avvenuta della certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.*

In tale caso la Società inoltre rimborserà le spese sostenute:

- nei 90 giorni precedenti l'intervento o il ricovero e rimborsabili a termini della lettera d) dell'Art. 3.1;
- nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero e rimborsabili a termini della lettera e) dell'Art. 3.1;
- per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio e rimborsabili a termini della lettera f) dell'Art. 3.1;
- per il trasporto dell'Assicurato e rimborsabili a termini della lettera g) dell'Art. 3.1.

Il rimborso delle predette spese, debitamente documentate, avverrà solo a cura ultimata e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

ART. 6.5 MODALITÀ DI PAGAMENTO: L'ANTICIPO INDENNIZZI

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di richiedere l'anticipo indennizzi previsto a termini dell'Art. 3.6, la Società anticiperà all'Assicurato stesso la somma occorrente a condizione che:

- sia presentata idonea certificazione rilasciata dall'istituto di cura attestante il preventivo di spesa relativo alle prestazioni oggetto del ricovero;
- l'Assicurato indichi la presunta data del ricovero che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta dell'anticipo. Trascorso tale periodo la Società avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo in caso di verificato mancato ricovero.

La Società avrà comunque diritto di richiedere la restituzione dell'anticipo in ogni caso di accertata non indennizzabilità, a termini di polizza, delle spese di ricovero.

ART. 6.6 MODALITÀ DI PAGAMENTO: LE SPESE EXTRARICOVERO

La Società riconosce il rimborso delle spese indennizzabili a termini dell'Art. 3.8 nella misura del 75% (scoperto 25%) per ogni spesa effettivamente sostenuta.

Qualora l'Assicurato richieda il rimborso dei soli ticket, in quanto sia ricorso a strutture convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, la Società riconoscerà il rimborso integrale delle spese a tale titolo sostenute senza applicazione dello scoperto sopra indicato.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica. Tutte le spese devono essere debitamente documentate, presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

ART. 6.7 DOCUMENTAZIONE FISCALE - RIMBORSO DA TERZI

La Società restituisce all'Assicurato le fatture, notule e distinte relative ai pagamenti effettuati, intendendosi per tali anche quelli effettuati a Struttura Medica Convenzionata in luogo dell'Assicurato stesso.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, *al netto di quanto a carico dei predetti terzi.*

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

ART. 6.8 FRANCHIGIA

La garanzia opera previa applicazione della franchigia pattuita.

Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato l'importo viene corrisposto previa deduzione della franchigia pattuita in somma.

In caso di operatività del servizio di pagamento diretto la Società tiene indenne l'Assicurato solo per la parte di spese che eccedono l'importo della franchigia indicata.

Qualora siano operanti sia lo scoperto che la franchigia, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

In caso di pagamento dell'indennità sostitutiva:

- la franchigia di euro 1.000,00 è sostituita da una franchigia di 2 giorni e pertanto l'indennità viene corrisposta a partire dal 3° giorno di ricovero;
- la franchigia di euro 2.000,00 è sostituita da una franchigia di 4 giorni e pertanto l'indennità viene corrisposta a partire dal 5° giorno di ricovero.

Si precisa che ai fini dell'applicazione della franchigia:

- i ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta;

- le spese indennizzabili a termini di contratto sono considerate complessivamente per ricovero o intervento chirurgico e pertanto la franchigia andrà detratta dall'importo totale che sarebbe spettato in assenza della franchigia stessa;
- le spese indennizzabili a termini dell'Art. 3.2, relative alla stessa malattia, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta.

La franchigia è operante per tutte le garanzie di cui al capitolo 3 fatta eccezione per la garanzia "Rimborso spese extraricovero".

ART. 6.9 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, 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. 6.10 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) *acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo;*
- 2) *fornire alla Centrale Operativa Medica, alla Struttura Organizzativa od alle Strutture Mediche Convenzionate ogni informazione necessaria per la verifica del diritto alle prestazioni previste dal contratto;*
- 3) *nel caso non ricorrano i termini per il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica, presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa.*

L'inadempimento ai suddetti obblighi può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

ART. 6.11 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, di cui all'Art. 1916 del Codice Civile, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio o della malattia.

1. Definizioni specifiche

Prestazioni

Le assistenze prestate agli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce in nome e per conto della Società.

Sinistro

Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della garanzia e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Service S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da medici, tecnici, operatori che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

2. Prestazioni

ART. 2.1 INFORMAZIONI SANITARIE

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato desiderasse avere informazioni sanitarie relativamente a:

- Cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- Medici specialisti, centri sanitari nazionali e internazionali;
- Centri sanitari appropriati ed attrezzati per la cura della patologia sofferta;

contatterà la Struttura Organizzativa che fornirà all'Assicurato le informazioni richieste.

ART. 2.2 INFORMAZIONI SANITARIE IN VIAGGIO

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato desiderasse ricevere le seguenti informazioni sanitarie relativamente al paese nel quale intende recarsi:

- vaccinazioni obbligatorie e/o consigliate;
- rischi sanitari e alimentari;
- precauzioni igienico-sanitarie;

contatterà la Struttura Organizzativa che fornirà all'Assicurato le informazioni richieste.

ART. 2.3 CONSULENZE MEDICHE SPECIALISTICHE

Qualora l'Assicurato necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente o attraverso il medico che lo ha in cura sul posto, i medici specialisti della Struttura Organizzativa.

Tali medici specialisti possono essere:

- Ortopedico;
- Neurologo;
- Chirurgo Generale;
- Odontoiatra;
- Cardiologo;
- Ginecologo;
- Geriatra;
- Psicologo.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni l'Assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta, il nome dell'eventuale medico curante ed il suo recapito telefonico.

ART. 2.4 CONSULENZE SPECIALISTICHE DI ORIENTAMENTO AL CHECK-UP

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato necessiti di una valutazione sul proprio stato di salute da effettuare per il tramite di un check-up diagnostico e preventivo, riguardante i seguenti campi:

- Medicina generale e chirurgia;
- Geriatria;
- Cardiologia;
- Ginecologia;
- Odontoiatria;

- Ortopedia;
- Neurologia;

potrà contattare direttamente i medici della Struttura Organizzativa e richiedere un consulto telefonico di orientamento sugli accertamenti diagnostici più indicati da eseguire in relazione alla sua anamnesi personale e familiare e mirati al problema di salute che intende indagare.

ART. 2.5 MEDICAL ADVICE PROGRAM

Qualora l'Assicurato abbia un'alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e richieda un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, i medici della Struttura Organizzativa, effettuata l'analisi del quadro clinico dell'Assicurato, offriranno la possibilità di accedere al Medical Advice Program, che prevede i seguenti tre livelli di assistenza:

- **Consulenza medica di secondo livello**

Per accedere al Medical Advice Program, l'Assicurato deve telefonare alla Struttura Organizzativa e spiegare il caso clinico per il quale richiede la seconda opinione medica.

I medici della Struttura Organizzativa, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questi l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i suoi medici curanti. In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e, se richiesta, potrà essere definita una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici.

- **Seconda opinione medica**

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva da parte dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico e all'elaborazione dei quesiti che verranno posti ai medici specialisti.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa - attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri - al Network medico di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, avvalendosi dell'esperienza di centri di eccellenza qualificati, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

I costi della visita specialistica sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di una visita per sinistro.

I medici del Network medico di riferimento formuleranno rapidamente una risposta scritta di seconda opinione medica, che verrà inviata all'Assicurato per il tramite della Struttura Organizzativa. Se necessario quest'ultima potrà fornire un ausilio nell'interpretazione della risposta stessa.

- **Seconda opinione internazionale**

Qualora su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o del Network medico di riferimento si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di seconda opinione internazionale.

Tale servizio prevederà la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico alla struttura internazionale individuata e la predisposizione di una risposta scritta di seconda opinione medica da parte della struttura internazionale.

- **Modalità di erogazione della prestazione Medical Advice Program**

Ricevuta la richiesta di prestazione, la Struttura Organizzativa invierà un modello che l'Assicurato dovrà compilare e restituire unitamente alla documentazione convenuta durante il colloquio di inquadramento del caso eseguito con il personale medico della Struttura stessa.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa garanzia, i medici che l'hanno visitato o curato in relazione al sinistro.

Ricevuta la documentazione clinica sarà la Struttura Organizzativa a provvedere a trasmetterla al Network medico di riferimento.

Formulata la seconda opinione medica, il Network medico di riferimento la invierà alla Struttura Organizzativa la quale lo farà pervenire all'Assicurato.

I costi relativi all'erogazione del parere medico, alla trasmissione della documentazione clinica scritta e/o iconografica e all'eventuale traduzione in lingua inglese della documentazione clinica e in lingua italiana della seconda opinione internazionale restano direttamente a carico della Struttura Organizzativa. *Restano invece a carico dell'Assicurato i costi che lo stesso debba sostenere per la prima trasmissione della documentazione clinica e diagnostica alla Struttura Organizzativa.*

ART. 2.6 CARE MANAGEMENT

Qualora l'Assicurato a seguito di uno dei seguenti gravi stati patologici

- Ictus cerebrale;
- Cardiopatia ischemica o ipertensiva;
- Diabete;
- Malattie neurologiche demielinizzanti;
- Morbo di Alzheimer;
- Morbo di Parkinson;
- Malattia oncologica;

necessiti di un orientamento e di una guida personalizzata per la gestione dei problemi medico-sanitari ed assistenziali conseguenti, potrà contattare la Struttura Organizzativa che tramite i propri medici specialisti fornirà un consulto adeguato di care management.

Ai fini dell'erogazione della prestazione l'Assicurato dovrà comunicare le informazioni necessarie compreso nome e recapito telefonico del proprio medico curante.

ART. 2.7 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST-RICOVERO “PRIMO AIUTO”

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 3 pernottamenti dovuto ad infortunio o malattia, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire entro 7 giorni dalle dimissioni l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 15 ore per sinistro e con il limite di 45 ore per anno assicurativo:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;
- personale non sanitario addetto ai servizi: di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico o in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro.

Restano comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 2.8 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST-RICOVERO “AVANZATO”

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 7 pernottamenti dovuto ad infortunio o malattia, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa prov-

vederà ad organizzare e gestire entro 7 giorni dalle dimissioni l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 40 giorni per sinistro e con il limite di 80 giorni per annualità assicurativa:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;
- personale non sanitario addetto ai servizi: di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

La presente garanzia per lo stesso sinistro non è cumulabile a quanto previsto al precedente Art. 2.7 dell'Assicurazione Assistenza.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico o in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro.

Restano comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 2.9 DISTANCE CARE DI MONITORAGGIO

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 72 ore.

In caso di ricovero dovuto ad infortunio o malattia dell'Assicurato di almeno 7 giorni, la Struttura Organizzativa, su richiesta scritta del medico curante dell'Assicurato, provvederà ad organizzare e gestire l'invio di personale tecnico specializzato per l'installazione presso il domicilio dell'Assicurato di un sistema di comunicazione audio-visuale e di trasmissione di alcuni dati clinici (distance care), utilizzato dal personale medico e paramedico che assiste l'Assicurato sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 40 giorni dopo le dimissioni dal ricovero. *Restano a carico dell'Assicurato i costi relativi alla connessione telefonica.*

Restano comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 2.10 RICERCA E SEGNALAZIONE CENTRI CLINICI SPECIALIZZATI

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia debba essere sottoposto a ricovero per terapia o intervento chirurgico, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, individuerà e segnalerà il centro clinico in Italia specializzato e attrezzato per l'intervento e la terapia.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni di cui al presente articolo l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa fornendo le necessarie informazioni.

ART. 2.11 RICERCA DELLA RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia non sia più in grado di proseguire la propria normale attività presso il domicilio e preferisca essere ricoverato presso una Residenza Sanitario Assistenziale, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà a fornire i seguenti servizi:

- consulenza sulle migliori soluzioni possibili;
- indirizzi delle strutture;
- caratteristiche dei servizi e tariffe applicate.

ART. 2.12 TRASPORTO DELL'ASSICURATO

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto con autoambulanza tra l'Istituto di cura ed il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto nell'ambito della regione di residenza sostenendone direttamente le spese fino ad una percorrenza massima di Km. 100 andata/ritorno per sinistro con il limite di Km. 200 per annualità assicurativa.

ART. 2.13 TRASFERIMENTO IN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Qualora a seguito di infortunio o malattia le condizioni dell'Assicurato - accertate mediante contatti tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante - richiedano il trasferimento in un istituto di cura specialistico in quanto non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, la Struttura Organizzativa provvederà a sue spese:

- ad individuare e a prenotare l'istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli previsti al successivo Art. 2.14 "Rientro dal centro ospedaliero attrezzato";
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo alla prestazione di cui al presente articolo i trasferimenti per svolgere terapie riabilitative.

ART. 2.14 RIENTRO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

A seguito della prestazione di cui al precedente Art. 2.13 una volta dimesso l'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il suo rientro assumendosene le spese con il mezzo ritenuto più idoneo tra i seguenti:

- aereo di linea, in classe economica ed eventualmente in barella;
- treno, in prima classe ed eventualmente in vagone letto;
- autoambulanza con chilometraggio illimitato.

Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni di cui al presente articolo l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa fornendo le necessarie informazioni.

3. Norme specifiche assicurazione assistenza

ART. 3.1 ATTIVAZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Le prestazioni oggetto della presente polizza sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa.

ART. 3.2 MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per beneficiare delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

al numero verde **800 904 596**

oppure al numero **+39 02 58 245 356**

L'Assicurato all'atto della richiesta della prestazione dovrà comunicare:

- a) *il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) *nome e cognome;*
- c) *numero di polizza preceduto dalla sigla LVMP;*
- d) *indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) *il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di telefonare, potrà inviare un telegramma a Europ Assistance Service S.p.A., Piazza Trento, 8 - 20135 Milano.

La Struttura Organizzativa è in funzione:

- 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni di cui agli Artt. 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.12, 2.13 e 2.14;
- dalle ore 9,00 alle ore 18,00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli Artt. 2.1, 2.2, 2.4, 2.10 e 2.11.

ART. 3.3 INESISTENZA DELL'OBBLIGO DI FORNIRE PRESTAZIONI ALTERNATIVE

Qualora l'Assicurato non usufruisca delle prestazioni previste dalla presente garanzia non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

ART. 3.4 ALTRE ASSICURAZIONI ASSISTENZA

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra polizza Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente polizza ad altra società, le suddette prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

Tabella aggiornamento premio

Tabella 1

VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE PLATINO - Aggiornamento automatico del premio in base all'età dell'Assicurato.

PLATINO Percentuali di aumento del premio rispetto all'annualità precedente

ETÀ	MASCHI	FEMMINE	ETÀ	MASCHI	FEMMINE	ETÀ	MASCHI	FEMMINE
50	3,13	2,15	67	2,42	2,41	84	1,77	2,46
51	3,09	2,15	68	2,38	2,42	85	1,74	2,46
52	3,05	2,19	69	2,34	2,43	86	1,70	2,45
53	3,01	2,21	70	2,30	2,43	87	1,67	2,45
54	2,97	2,23	71	2,22	2,44	88	1,64	2,44
55	2,93	2,24	72	2,22	2,45	89	1,60	2,44
56	2,89	2,26	73	2,18	2,45	90	1,57	2,43
57	2,84	2,28	74	2,14	2,45	91	1,54	2,43
58	2,80	2,30	75	2,10	2,46	92	1,50	2,42
59	2,76	2,31	76	2,07	2,46	93	1,47	2,42
60	2,72	2,33	77	2,03	2,46	94	1,44	2,41
61	2,67	2,34	78	1,99	2,46	95	1,40	2,40
62	2,63	2,35	79	1,95	2,47	96	1,37	2,39
63	2,59	2,37	80	1,92	2,47	97	1,34	2,38
64	2,55	2,38	81	1,88	2,46	98	1,31	2,38
65	2,51	2,39	82	1,84	2,46	99	1,28	2,37
66	2,46	2,40	83	1,81	2,46	100 e oltre	1,10	2,30



INFORMATIVA AL CONTRAENTE

POLIZZA MALATTIE E ASSISTENZA

MODELLO VFM

Nota informativa predisposta ai sensi dell'art. 123 del Decreto Legislativo del 17 marzo 1995, n. 175, in conformità delle circolari dell'ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) in materia.

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

La Toro Assicurazioni S.p.A. ha sede legale in ITALIA, a Torino, Via Mazzini 53, impresa iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione italiane A.N. 1.00148 – Società diretta e coordinata da Assicurazioni Generali S.p.A.

La Divisione Lloyd Italice ha sede in ITALIA, a Genova, Via Fieschi 9.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

Legislazione applicabile

Ai sensi dell'art. 122 del Decreto Legislativo del 17 marzo 1995, n. 175, la legislazione applicabile al contratto è quella italiana. Le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

Reclami in merito al contratto o ai sinistri

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Toro Assicurazioni divisione Lloyd Italice - Servizio Reclami - via Mazzini 53 - 10123 Torino; telefax: 011.0029.893; e-mail: servizio.reclami@lia.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 (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle Parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO MALATTIA E ASSISTENZA VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE

Le successive informazioni, relative al contratto e assistenza, hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti della garanzia e non costituiscono pattuizioni contrattuali. Per le condizioni di contratto, si rinvia al testo delle Condizioni di Assicurazione.

Durata del contratto

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dal Contraente almeno 60 giorni prima della data di scadenza, si rinnova tacitamente. La Toro Assicurazioni divisione Lloyd Italico si impegna pertanto al rinnovo contrattuale alla scadenza per tutto il periodo in cui resti in vita l'Assicurato alle condizioni di premio indicate nel contratto (contratto con tacito rinnovo annuale ed a vita intera).

Periodo di carenza (Termini da aspettativa)

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto del contratto per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo per le malattie;
- del 180° giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciuto e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate a Toro Assicurazioni divisione Lloyd Italico.

Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

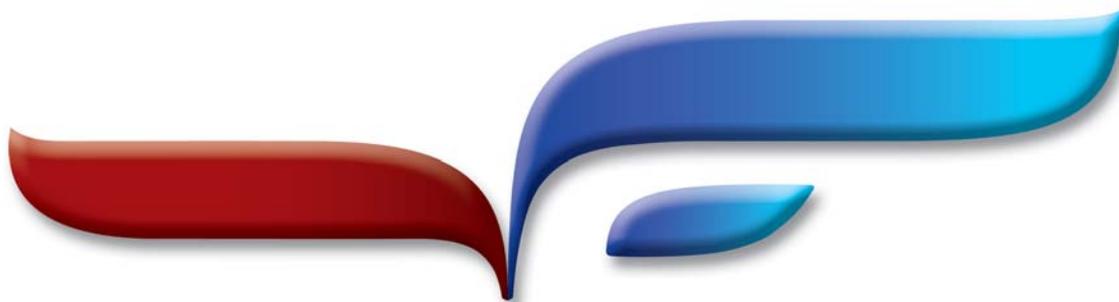
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte di Toro Assicurazioni divisione Lloyd Italico possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti di indennizzo, gli obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, il recesso delle Parti nonché sull'importanza di tutte le dichiarazioni pre-contrattuali richieste da Toro Assicurazioni divisione Lloyd Italico.

Informativa al Contraente - 2/2



TORO ASSICURAZIONI S.p.A. a socio unico - Codice fiscale e Registro Imprese di Torino n. 13432270158 - CCIAA Torino n. 1013376 - Capitale Sociale Euro 184.173.606 i.v. - Part. Iva 13432270158 - Sede Legale: Via Mazzini 53, 10123 Torino - Impresa iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00148 ed appartenente al gruppo Generali iscritto all'albo dei gruppi assicurativi - Società diretta e coordinata da Assicurazioni Generali S.p.A. Divisione Lloyd Italico - Sede: via Fieschi, 9 - 16121 Genova - tel. 010/53801 - fax 010/592856



VIVIFUTURO

PROTEZIONE PERSONA
POLIZZA INFORTUNI E ASSISTENZA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Introduzione

ART. 1 CARATTERISTICHE DELLA SOLUZIONE VIVIFUTURO

La Soluzione VIVIFUTURO consente al Contraente di sottoscrivere più contratti assicurativi come di seguito indicati:

a) Coperture assicurative vita

- VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA: assicurazione a vita intera con capitale rivalutabile a premio unico e premi unici aggiuntivi;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA: assicurazione di rendita vitalizia immediata anticipata a premio annuo rinnovabile o a premio unico, pagabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana.

b) Coperture assicurative danni

- VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA;
- VIVIFUTURO PROTEZIONE ASSISTENZA.

ART. 2 REQUISITI PER LA SOTTOSCRIZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Per sottoscrivere le coperture assicurative della Soluzione VIVIFUTURO, il Contraente deve aver sottoscritto e perfezionato almeno il prodotto VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA e almeno una tra le coperture assicurative vita VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA e le coperture assicurative danni VIVIFUTURO PROTEZIONE SALUTE e VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA.

Tutte le coperture assicurative vita e danni sopra indicate devono essere sottoscritte dallo stesso Contraente. L'unico Assicurato delle coperture assicurative vita e almeno uno degli assicurati delle coperture assicurative danni devono coincidere; in ogni caso, al momento della sottoscrizione delle predette coperture assicurative tutti gli assicurati devono avere un'età compresa tra 50 e 70 anni.

Trascorso almeno un anno dalla sottoscrizione dei primi contratti della Soluzione VIVIFUTURO, il Contraente ha la facoltà di sottoscrivere ulteriori coperture assicurative vita e danni, appartenenti alla Soluzione stessa ad esclusione del prodotto VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA.

ART. 3 PERDITA DEI REQUISITI PER LA SOTTOSCRIZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Il Contraente perde facoltà di sottoscrivere nuove coperture assicurative della Soluzione VIVIFUTURO se non sono più in vigore le coperture assicurative delle condizioni di cui al primo capoverso dell'Art. 2.

ART. 4 PERDITA DEI REQUISITI PER EFFETTUARE ULTERIORI VERSAMENTI NELLA SOLUZIONE VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA

In deroga alle Condizioni di Polizza di VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il Contraente perde la facoltà di effettuare versamenti aggiuntivi nell'ipotesi di perdita dei requisiti di cui all'Art. 3.

ART. 5 MODALITÀ DI VERSAMENTO DEI PREMI

Ad integrazione delle condizioni contrattuali previste dalle coperture assicurative vita e danni, a condizione che sia trascorso almeno un anno dalla sottoscrizione della polizza VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il Contraente ha facoltà di riscattare parzialmente, alle condizioni di cui all'Art. 7 delle condizioni contrattuali della polizza VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA, il capitale assicurato nella predetta copertura assicurativa vita, alle date di scadenza dei premi delle coperture assicurative danni, e/o della copertura assicurativa vita VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA eventualmente sottoscritte dal Contraente stesso.

Ogni riscatto parziale, al netto di eventuali imposte, sarà pari all'importo dei premi da corrispondere per le coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**. L'importo liquidato sarà pertanto utilizzato per i premi in scadenza delle coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**, in vigore.

Il Contraente esprime tale facoltà sottoscrivendo apposita autorizzazione riportata nella proposta di assicurazione del prodotto **VIVIFUTURO GESTIONE ASSICURATIVA**.

A seguito dell'autorizzazione a procedere ai riscatti parziali da parte del Contraente non sarà possibile il frazionamento infrannuale del versamento dei premi delle coperture assicurative danni, e/o della copertura assicurativa vita **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** eventualmente sottoscritte dal Contraente.

Il Contraente viene informato, annualmente, con comunicazione da parte della Società dell'operazione di riscatto parziale e ha comunque facoltà di revocare il riscatto parziale comunicando tale volontà alla Società almeno 60 giorni prima della data di scadenza dei premi delle coperture assicurative danni sottoscritte e **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA**.

Nel caso in cui perda effetto l'autorizzazione ai riscatti parziali rilasciata dal Contraente, resta fermo l'obbligo per il Contraente al pagamento dei premi in scadenza delle coperture assicurative danni e/o della copertura assicurativa **VIVIFUTURO PROTEZIONE AUTONOMIA** nei termini previsti dalle rispettive condizioni di assicurazione.

VIVIFUTURO - Condizioni Generali di polizza

1. Definizioni		pag.	7
2. Norme comuni		”	8
Art. 2.1	Durata dell'assicurazione	”	8
Art. 2.2	Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione	”	8
Art. 2.3	Adeguamento del premio: rivedibilità della tariffa	”	8
Art. 2.4	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni	”	8
Art. 2.5	Assicurazione presso diversi assicuratori	”	9
Art. 2.6	Recesso in caso di sinistro entro i primi due anni	”	9
Art. 2.7	Indicizzazione	”	9
Art. 2.8	Oneri	”	10
Art. 2.9	Rinvio alle norme di legge	”	10
3. Norme operanti in caso di sinistro		”	11
Art. 3.1	Denuncia del sinistro	”	11
Art. 3.2	Accertamento del sinistro	”	11
Art. 3.3	Criteri di indennizzabilità	”	11
Art. 3.4	Controversie - Arbitrato irrituale	”	11
Art. 3.5	Liquidazione	”	12
Art. 3.6	Rinuncia all'azione di rivalsa	”	12
4. Oggetto dell'Assicurazione		”	13
Art. 4.1	Ambito di operatività	”	13
5. Precisazioni e delimitazioni dell'Assicurazione		”	14
Art. 5.1	Precisazioni sull'“ambito di operatività”	”	14
Art. 5.2	Esclusioni	”	15
Art. 5.3	Persone non assicurabili	”	15
Art. 5.4	Impegno a contrarre della Società	”	15
6. Garanzie prestate		”	17
Art. 6.1	Morte	”	17
Art. 6.2	Invalità Permanente (tabella INAIL)	”	17
Art. 6.3	Invalità Permanente: la determinazione dell'indennizzo	”	18
Art. 6.4	Morte - Invalità Permanente: la determinazione della somma assicurata	”	18
Art. 6.5	Rendita per non autosufficienza	”	18
Art. 6.6	Accertamento del punteggio per le attività primarie	”	19
Art. 6.7	Tabella di determinazione del punteggio per le attività primarie	”	19

Art. 6.8	Indennità immediata per non autosufficienza	pag.	21
Art. 6.9	Indennità per frattura: femore/bacino/anca	”	21
Art. 6.10	Rimborso spese per adattamento del domicilio	”	21
Art. 6.11	Rimborso spese per adattamento dell'autovettura	”	22

VIVIFUTURO - Assicurazione Assistenza

1. Definizioni specifiche		pag.	23
2. Prestazioni		”	24
Art. 2.1	Consulenze mediche specialistiche	”	24
Art. 2.2	Informazioni sanitarie	”	24
Art. 2.3	Assistenza domiciliare integrata post-ricovero “Primo soccorso”	”	24
Art. 2.4	Servizi sanitari e non sanitari di assistenza su richiesta	”	25
Art. 2.5	Trasporto dell'Assicurato	”	25
Art. 2.6	Trasferimento in centro ospedaliero attrezzato	”	25
Art. 2.7	Rientro da centro ospedaliero attrezzato	”	25
Art. 2.8	Accesso a Network Salute	”	26
Art. 2.9	Ricerca della Residenza Sanitario Assistenziale	”	26
Art. 2.10	Medical Advice Program	”	26
Art. 2.11	Assistenza domiciliare integrata post-ricovero – Riabilitazione	”	27
Art. 2.12	Ricerca e prenotazione di Centri Clinici specializzati	”	27
Art. 2.13	Supporto psicologico	”	28
Art. 2.14	Care management post-infortunio	”	28
Art. 2.15	Assistenza domiciliare integrata post-ricovero – Riabilitazione avanzata	”	28
Art. 2.16	Distance care di monitoraggio	”	28
Art. 2.17	Organizzazione del trasporto sanitario in Italia e all'estero	”	29
3. Norme specifiche assicurazione assistenza		”	30
Art. 3.1	Attivazione della Struttura Organizzativa	”	30
Art. 3.2	Modalità per la richiesta di Assistenza	”	30
Art. 3.3	Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative	”	30
Art. 3.4	Altre assicurazioni assistenza	”	30

1. Definizioni

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Assicurato

La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.

Attività primarie

L'insieme degli atti elementari della vita quotidiana descritti nella relativa tabella indicata in polizza che determinano la perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato.

Beneficiario

La persona alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato.

Contraente

La persona che stipula il contratto di assicurazione.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.

Inabilità permanente

La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dallo svolgimento della sua professione.

Istituto di cura

Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comprovante almeno un pernottamento.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Sinistro

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Società

La Compagnia di assicurazioni Toro Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale: 10123 Torino - via Mazzini 53 - Sede della Divisione Lloyd Italico: 16121 Genova - via Fieschi 9.

2. Norme Comuni

ART. 2.1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione, fatto salvo quanto previsto in materia dalle norme di legge, è operante per il periodo di validità contrattualmente stabilito. L'assicurazione pertanto cessa alla scadenza contrattualmente stabilita senza necessità di disdetta.

Alla scadenza convenuta la Società peraltro si impegna a dare continuità di copertura senza soluzione di continuità nei confronti dell'Assicurato che ne faccia richiesta nei termini indicati all'Art. 5.4.

ART. 2.2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

ART. 2.3 ADEGUAMENTO DEL PREMIO: RIVEDIBILITÀ DELLA TARIFFA

Qualora l'andamento tecnico della totalità dei contratti sottoscritti dalla Società aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA evidenzino uno scostamento rispetto alle basi statistico-attuariali utilizzate per la determinazione della tariffa, la Società almeno 60 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa, può richiedere l'adeguamento del premio in base alla tariffa vigente al momento della richiesta.

L'adeguamento del premio potrà avvenire ad intervalli non inferiori a 5 annualità ed è subordinato al superamento, in almeno 2 degli ultimi 3 esercizi, del valore percentuale 85 del "rapporto tra sinistri e premi" riferito alla totalità dei contratti aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA. Ai fini della presente clausola per "rapporto tra sinistri e premi" deve intendersi il rapporto tra l'ammontare dei sinistri pagati nel corso dell'esercizio ed i premi, al netto dell'imposta, incassati nello stesso periodo riferiti alla totalità dei contratti aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA. Per la verifica della sussistenza delle condizioni che determinano l'adeguamento del premio la Società si avvarrà dell'intervento di un Attuario professionista, esterno alla Società.

La nuova tariffa verrà applicata alla totalità dei contratti stipulati con la Società aventi le stesse caratteristiche della presente polizza VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA.

Il Contraente, qualora non accettasse le nuove condizioni di premio, avrà la facoltà di astenersi dal pagamento del premio in deroga a quanto disposto al precedente Art. 2.2 ed il contratto si risolverà senza necessità di dare disdetta.

ART. 2.4 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO E FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti che costituiscono parte integrante del contratto.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla

valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione. Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

ART. 2.5 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

Tuttavia, il Contraente o l'Assicurato è esonerato dall'obbligo della denuncia preventiva di tali coperture assicurative che avesse in corso nei seguenti casi:

- quando l'ammontare complessivo delle somme assicurate per le garanzie Morte e/o Invalidità Permanente non sia superiore a Euro 150.000,00;
- quando ne risulti automaticamente titolare in qualità di intestatario di carte di credito o di conti correnti bancari.

In entrambi i casi deve, tuttavia, dare comunicazione della loro esistenza al momento della denuncia del sinistro.

ART. 2.6 RECESSO IN CASO DI SINISTRO ENTRO I PRIMI DUE ANNI

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni le Parti possono recedere dall'assicurazione.

In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso ovvero, qualora sia comunicato meno di 30 giorni prima di tale data, il recesso stesso avrà effetto trascorsi 30 giorni dal ricevimento della raccomandata.

In caso di recesso esercitato dal Contraente, questo potrà avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso.

La Società rinuncia a tale facoltà di recesso decorsi due anni dalla data di stipulazione del contratto di assicurazione.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

ART. 2.7 INDICIZZAZIONE

Le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'“Indice generale nazionale ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati” (indice costo della vita), in conformità a quanto segue:

- a) nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- b) alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione in più o in meno rispetto all'indice iniziale od a quello dell'ultimo adeguamento (o al loro equivalente) le somme assicurate, il parametro, i limiti di indennizzo non espressi in percentuale o in frazione, nonché il premio verranno aumentati o ridotti in proporzione.

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile conosciuto dell'anno precedente. Qualora l'ISTAT modifichi la composizione ed i parametri del suddetto indice,

l'adeguamento verrà calcolato in base alla variazione percentuale relativa al nuovo indice così risultante. Non sono soggetti ad indicizzazione i valori indicati nell'Art. 6.3 "Invalidità Permanente: la determinazione dell'indennizzo".

ART. 2.8 ONERI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

ART. 2.9 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le norme di legge.

3. Norme Operanti in caso di sinistro

ART. 3.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, sino a guarigione avvenuta. Per le garanzie "Rendita per non autosufficienza" e "Indennità immediata per non autosufficienza" tali certificati devono inoltre attestare la perdita di autosufficienza dell'Assicurato al compimento delle attività primarie.

Qualora l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla Società ed alla Struttura Organizzativa le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

ART. 3.2 ACCERTAMENTO DEL SINISTRO

Ai fini dell'indennizzo previsto in polizza per la garanzia:

- “Rendita per non autosufficienza”, l'accertamento dell'invalidità permanente e della perdita di autosufficienza permanente conseguenti all'infortunio non potranno avvenire prima che siano trascorsi 12 mesi dalla data della denuncia - effettuata nei termini indicati nell'Art. 3.1;
- “Indennità immediata per non autosufficienza”, l'accertamento della perdita di autosufficienza conseguente all'infortunio non potrà avvenire prima che siano trascorsi 30 giorni dalla data di denuncia - effettuata nei termini indicati nell'Art. 3.1;
- “Morte” e “Invalidità Permanente”, dovrà essere accertata l'attività professionale svolta dall'Assicurato al momento del sinistro, al fine di determinare la somma assicurata come indicato nell'Art. 6.4.

ART. 3.3 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società, liquida l'indennizzo convenuto soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio denunciato che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente dal maggior pregiudizio derivante da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo viene liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

ART. 3.4 CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente, sul punteggio acquisito per perdita di autosufficienza nonché sulla applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 3.3, le Parti hanno facoltà di conferire per iscritto mandato di decidere a norma e nei

limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

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 la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per 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 nel verbale definitivo.

È data facoltà al collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente o della perdita di autosufficienza ad epoca da fissarsi dal collegio stesso.

ART. 3.5 LIQUIDAZIONE

Ricevuta la documentazione attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

ART. 3.6 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'Art. 1916 del Codice Civile verso i responsabili dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili stessi.

4. Oggetto dell'Assicurazione

ART. 4.1 AMBITO DI OPERATIVITÀ

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle proprie attività professionali e di ogni altra normale attività che egli compia senza carattere di professionalità.

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Limitatamente alle prestazioni previste dall'assicurazione Assistenza la validità è all'interno del territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano, ad eccezione delle consulenze mediche ed informazioni telefoniche che hanno validità anche all'estero.

5. Precisazioni e delimitazioni dell'Assicurazione

ART. 5.1 PRECISAZIONI SULL'“AMBITO DI OPERATIVITÀ”

Sono compresi in garanzia tutti gli eventi, non espressamente esclusi, aventi le caratteristiche richieste dalla definizione di infortunio.

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) l'assideramento e il congelamento;
- c) le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita, *restando comunque escluso quanto previsto dal successivo Art. 5.2 “Esclusioni” lettera a)*;
- d) l'asfissia per fuga di gas o vapori;
- e) l'annegamento;
- f) le conseguenze delle infezioni dovute ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, *escluse in ogni caso le malattie, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti, esclusa comunque la malaria*;
- g) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza;
- h) le lesioni da sforzo, *limitatamente a quelle muscolari*.

Sono altresì compresi dalla presente assicurazione:

- **colpa grave** - gli infortuni sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato (a parziale deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile);
- **tumulti popolari** - le lesioni corporali derivanti da tumulti popolari, *a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (a parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile)*;
- **stato di guerra e di insurrezione** - a parziale deroga del successivo Art. 5.2 “Esclusioni” lettera f), la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- **pratica sportiva** - gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport *con esclusione di: pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, arrampicata libera (free climbing), canoa fluviale oltre il 3° grado, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, sci e snow-board estremi, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere*.

Sono comunque esclusi gli infortuni derivanti da:

- *partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura, nonché a regate veliche svolte in mari diversi dal Mar Mediterraneo*;
- *partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) di baseball, calcio, calcetto, pallavolo, beach-volley, pallacanestro, sci, snow-board, ciclismo, sport equestri e hockey (nelle sue varie forme), pattinaggio, se organizzate da Federazioni Sportive*.

- **rischio volo** - a parziale deroga del successivo Art. 5.2 “Esclusioni” lettera c), la garanzia si intende estesa agli infortuni che l’Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, *esclusi quelli effettuati*:
 - su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
 - su aeromobili di aeroclubs;
 - su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, per esempio, deltaplani, ultraleggeri, parapendio).

ART. 5.2 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall’assicurazione:

- a) *gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;*
- b) *gli infortuni causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l’Assicurato non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall’Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 3 mesi; l’assicurazione è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del sinistro stesso;*
- c) *gli infortuni causati dall’uso di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (ad esempio: deltaplani, parapendio, ultraleggeri, ecc.), salvo quanto previsto dal precedente Art. 5.1. “Precisioni sull’ambito di operatività - rischio volo”;*
- d) *gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall’Assicurato;*
- e) *gli infortuni sofferti durante l’arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- f) *gli infortuni causati da guerra ed insurrezione, salvo quanto previsto dal precedente Art. 5.1. “Precisioni sull’ambito di operatività - stato di guerra e di insurrezione”, da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;*
- g) *gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;*
- h) *le ernie, gli infarti e le rotture sottocutanee di tendini;*
- i) *le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche;*
- j) *le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell’atomo, come pure di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche.*

ART. 5.3 PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che, qualora la Società fosse stata a conoscenza che l’Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, AIDS, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidei, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l’assicurazione, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applicano le disposizioni dell’Art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell’Assicurato.

In questo caso la Società rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell’imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

ART. 5.4 IMPEGNO A CONTRARRE DELLA SOCIETÀ

L’assicurazione, in base a quanto previsto all’Art. 2.1, prevede che la Società, alla scadenza del contratto e previa richiesta dell’Assicurato, si impegni alla prosecuzione della copertura relativamente alle garanzie “Rendita per non autosufficienza” e “Assicurazione Assistenza” come già operanti, salvo le seguenti precisazioni:

- *il punteggio minimo per l’erogazione della garanzia “Rendita per non autosufficienza” sarà elevato a 160 punti (anziché 100);*

- la prestazione “Assistenza domiciliare integrata post-ricovero - Riabilitazione” sarà operante per ricoveri con almeno 7 pernottamenti (anziché 5);
- la prestazione “Assistenza domiciliare integrata post-ricovero - Riabilitazione avanzata” sarà operante per ricoveri con almeno 9 pernottamenti (anziché 7).

L'impegno si realizzerà tramite stipulazione di una nuova polizza che abbia per oggetto le predette garanzie ed alle condizioni di premio indicate nell'allegato MV81 alla presente polizza.

Al premio indicato nell'allegato MV81 si applica quanto previsto dagli Artt. 2.3 “Adeguamento del premio - Rivedibilità della tariffa” e 2.7 “Indicizzazione”.

6. Garanzie prestate

ART. 6.1 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o, in alternativa, ai Beneficiari appositamente designati.

Gli indennizzi per morte e invalidità permanente non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente in conseguenza dell'infortunio l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà la somma prevista per il caso di morte.

La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli Artt. 60 e 62 Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

ART. 6.2 INVALIDITÀ PERMANENTE (TABELLA INAIL)

In caso di invalidità permanente, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo, calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, *in relazione al grado di invalidità accertato* secondo le disposizioni seguenti ed in base alle percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 come in vigore al 24 luglio 2000. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di limitazione della funzionalità, le percentuali stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere il massimo valore del 100%.

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Il deficit visivo va valutato quale risulta con correzione tollerata. Qualora permanga un residuo deficit visivo verrà corrisposta una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

ART. 6.3 INVALIDITÀ PERMANENTE: LA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente totale stabilita secondo quanto indicato nel successivo Art. 6.4, la percentuale corrispondente al grado di invalidità accertato secondo i criteri di cui al precedente Art. 6.2, con le seguenti modalità per scaglione di somma assicurata:

- fino a Euro 250.000,00, si applica la percentuale di invalidità accertata, dedotti 3 punti;
- oltre Euro 250.000,00, si applica la percentuale di invalidità accertata, dedotti 10 punti.

In caso di perdita anatomica totale o parziale e non di semplice riduzione funzionale di un organo o un arto, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia sulla parte di somma assicurata fino a Euro 250.000,00.

Inoltre, in tutti i casi in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai Beneficiari l'importo liquidato od offerto.

ART. 6.4 MORTE - INVALIDITÀ PERMANENTE: LA DETERMINAZIONE DELLA SOMMA ASSICURATA

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza per la determinazione della somma assicurata per le garanzie Morte e Invalidità Permanente si dovrà tener conto dell'attività professionale svolta dall'Assicurato al momento del sinistro, in base alle seguenti classi di appartenenza:

CLASSE A	CLASSE B
– Pensionati	– Artigiani
– Casalinghe	– Operai
– Impiegati	– Forze dell'ordine e di Polizia
– Liberi professionisti	– Vigili del fuoco
– Rappresentanti e personale di vendita	– Autisti
– Commercianti	– Altre professioni non assimilabili a quelle di classe A
– Medici	
– Albergatori e pubblici esercenti	
– Studenti e insegnanti	
– Imprenditori che non svolgono attività manuali	

Qualora l'Assicurato subisca un infortunio durante lo svolgimento di un'attività professionale appartenente alla classe B la somma assicurata in polizza per le garanzie Morte ed Invalidità Permanente viene ridotta al 70%.

ART. 6.5 RENDITA PER NON AUTOSUFFICIENZA

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza per il quale derivi all'Assicurato la perdita di autosufficienza in modo permanente al compimento delle attività primarie per un punteggio non inferiore a 100 punti, determinato secondo i criteri indicati negli Artt. 6.6 e 6.7, la Società corrisponderà all'Assicurato, oltre a quanto dovuto a termini di polizza, la somma necessaria per la stipula di un contratto di assicurazione sulla vita in forma di Rendita Vitalizia immediata con la Società alle condizioni in vigore al momento della richiesta.

Detta somma sarà pari al premio necessario per avere diritto ad una rendita il cui importo iniziale annuo risulti uguale alla somma assicurata in polizza.

Qualora l'Assicurato ottenga un punteggio superiore a 200 punti tale somma assicurata s'intende aumentata del 50%.

La garanzia viene erogata a condizione che l'infortunio abbia provocato all'Assicurato un'invalidità permanente di grado non inferiore al 25%, accertata secondo i criteri indicati nell'Art. 6.2.

Verificatosi l'evento ed erogata la prestazione la presente assicurazione cessa.

ART. 6.6 ACCERTAMENTO DEL PUNTEGGIO PER LE ATTIVITÀ PRIMARIE

L'accertamento della perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato a svolgere le attività primarie viene effettuato nei termini indicati nell'Art. 3.2, secondo la tabella di cui all'articolo successivo al presente.

La valutazione della perdita complessiva di autosufficienza permanente viene effettuata sommando i punteggi indicati nella tabella di cui al successivo articolo contenente la descrizione delle attività primarie che l'Assicurato non è più in grado di svolgere in conseguenza dell'infortunio.

ART. 6.7 TABELLA DI DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO PER LE ATTIVITÀ PRIMARIE

L'accertamento della diminuzione della capacità dell'Assicurato a svolgere le attività primarie avverrà in base ai seguenti punteggi, ferma restando l'applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 3.3:

ATTIVITÀ PRIMARIA	DEFINIZIONE	PUNTI
Mobilità	Capacità di alzarsi in modo autonomo dalla sedia e dal letto e di muoversi senza necessità di assistenza.	
	a) possibile ma con limitazioni L'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la carrozzella ortopedica e le stampelle; è però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto.	20
	<i>oppure</i>	
	b) non possibile L'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi.	40
Cura e igiene personale	Cura e igiene della propria persona in modo autonomo, tra cui andare al bagno, lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi.	
	a) possibile ma con limitazioni L'Assicurato è in grado di andare al bagno, lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi con un piccolo aiuto da parte di personale non specializzato (ad esempio utilizzo della toilette e degli accessori a causa dello scarso equilibrio).	20
	<i>oppure</i>	
	b) non possibile L'Assicurato non è in grado di badare alla cura e all'igiene della propria persona e necessita di appositi servizi igienici.	40

ATTIVITÀ PRIMARIA	DEFINIZIONE	PUNTI
Vestirsi/spogliarsi	Capacità di vestirsi e/o svestirsi in modo completamente autonomo.	
	a) possibile ma con limitazioni L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo.	20
	<i>oppure</i>	
	b) non possibile L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo.	40
Bere e mangiare	Capacità di consumare bevande e cibi preparati e serviti, di alimentarsi e cucinare autonomamente.	
	a) possibile ma con limitazioni 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.	20
	<i>oppure</i>	
	b) non possibile L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e di mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	40
Vedere	Capacità visiva non superiore a 2/50 della capacità normale.	
	a) possibile ma con limitazioni L'Assicurato è incapace di vedere da un occhio.	20
	<i>oppure</i>	
	b) non possibile L'Assicurato è incapace di vedere da entrambi gli occhi.	40
Parlare	L'Assicurato non è in grado di compiere un discorso e di pronunciare alcuna parola	20
Espletamento dei bisogni fisiologici	Capacità di espletare in modo autonomo i bisogni fisiologici senza necessità di assistenza.	
	a) possibile ma con limitazioni L'Assicurato necessita di presidi per l'espletamento dei propri bisogni fisiologici senza necessità di assistenza.	20
	<i>oppure</i>	
	b) non possibile L'Assicurato non è in grado di controllare i propri bisogni fisiologici e quindi necessita di assistenza per incontinenza.	40

ATTIVITÀ PRIMARIA	DEFINIZIONE	PUNTI
Pulizia e cura della casa	L'Assicurato non è in grado di svolgere le normali attività domestiche (pulizia e cura della casa) senza un aiuto esterno.	10
Cura dei propri familiari	L'Assicurato non è in grado di adempiere alla cura dei propri familiari conviventi.	10
Fare le spese	L'Assicurato non è in grado di provvedere autonomamente al proprio sostentamento. L'Assicurato non è in grado di spostarsi con mezzi pubblici, riconoscere i luoghi in cui si reca, acquistare e riconoscere la scadenza degli alimenti, riconoscere il valore del denaro.	5
Accompagnatoria necessaria in ambienti esterni	L'Assicurato necessita di un accompagnamento in ambienti esterni in quanto non è in grado di: sbrigare formalità burocratiche, recarsi dal medico, rispettare gli appuntamenti, trovare il percorso esatto, orientarsi in entità spaziotemporali.	5
Capacità di viaggiare	L'Assicurato non è in grado di pianificare e compiere un viaggio autonomamente.	5

ART. 6.8 INDENNITÀ IMMEDIATA PER NON AUTOSUFFICIENZA

Qualora in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza risulti che l'Assicurato, su accertamento medico da parte della Società da effettuarsi nei termini indicati nell'Art. 3.2, avrà presumibilmente una perdita di autosufficienza permanente al compimento delle attività primarie determinata sulla base di quanto indicato negli Artt. 6.6 e 6.7, pari ad almeno 100 punti, la Società, in attesa dei termini previsti per l'accertamento del diritto all'indennizzo per la garanzia "Rendita per non autosufficienza", corrisponde all'Assicurato la "Indennità immediata per non autosufficienza" assicurata in polizza.

Detta indennità verrà corrisposta in due rate semestrali. Alla scadenza della prima rata verrà verificata, tramite accertamento medico, la sussistenza di tale perdita di autosufficienza.

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta, la Società paga ai Beneficiari l'importo liquidato od offerto.

ART. 6.9 INDENNITÀ PER FRATTURA: FEMORE/BACINO/ANCA

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che provochi all'Assicurato una frattura del femore, del bacino e/o dell'anca, comportante la totale incapacità ad attendere alle proprie occupazioni quotidiane *per una durata superiore a 30 giorni continuativi*, risultante da certificazione medica, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità assicurata in polizza.

A tale garanzia non si applicano le disposizioni previste nell'Art. 3.3 "Criteri di indennizzabilità".

ART. 6.10 RIMBORSO SPESE PER ADATTAMENTO DEL DOMICILIO

In caso di infortunio che provochi all'Assicurato una perdita di autosufficienza permanente al compimento delle attività primarie per un punteggio non inferiore a 100 punti, calcolato in base ai criteri indicati negli Artt. 6.6 e 6.7, verranno indennizzate fino a concorrenza della somma assicurata indicata in polizza le spese sostenute per:

- le parcelle dei professionisti che abbiano progettato la ristrutturazione dell'abitazione per la realizzazione dei necessari adattamenti alle nuove condizioni di deambulazione dell'Assicurato (installazione di rampe di accesso, allargamento di porte, realizzazione di ascensori, ecc.);
- le fatture rilasciate dalle ditte specializzate che hanno eseguito i lavori e relative ai costi di manodopera ed ai materiali per le opere di realizzazione dell'adattamento del domicilio.

ART. 6.11 RIMBORSO SPESE PER ADATTAMENTO DELL'AUTOVETTURA

In caso di infortunio che provochi all'Assicurato una perdita di autosufficienza permanente al compimento delle attività primarie per un punteggio non inferiore a 100 punti, calcolato in base ai criteri indicati negli Artt. 6.6 e 6.7, verranno indennizzate fino a concorrenza della somma assicurata indicata in polizza le spese sostenute per:

- la realizzazione degli adattamenti dell'autovettura tali da consentire all'assicurato di continuare a guidare;
- le fatture rilasciate dalle ditte specializzate che hanno eseguito i lavori e relative ai costi di manodopera ed ai materiali per le opere di realizzazione dell'adattamento dell'autovettura.

1. Definizioni specifiche

Prestazioni

Le assistenze prestate agli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce in nome e per conto della Società.

Sinistro

Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della garanzia e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Service S.p.A. – Piazza Trento, 8 – 20135 Milano, costituita da medici, tecnici, operatori che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

2. Prestazioni

Saranno operanti per l'Assicurato per il quale sia indicata in polizza la formula ARGENTO le seguenti prestazioni.

ART. 2.1 CONSULENZE MEDICHE SPECIALISTICHE

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio, necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare, direttamente o attraverso il medico che lo ha in cura sul posto, i medici specialisti della Struttura Organizzativa.

Tali medici specialisti possono essere:

- Ortopedico-traumatologo;
- Neurologo;
- Chirurgo Generale;
- Odontoiatra;
- Cardiologo;
- Geriatra.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni l'Assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta, il nome dell'eventuale medico curante ed il suo recapito telefonico.

ART. 2.2 INFORMAZIONI SANITARIE

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato desiderasse avere informazioni sanitarie relativamente a:

- Cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- Medici specialisti, centri sanitari nazionali e internazionali;
- Centri sanitari appropriati ed attrezzati per la cura della patologia sofferta;

contatterà la Struttura Organizzativa che fornirà all'Assicurato le informazioni richieste.

ART. 2.3 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST-RICOVERO "PRIMO SOCCORSO"

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 2 pernottamenti dovuto ad infortunio, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire entro 7 giorni dalle dimissioni l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 15 ore per sinistro e per anno assicurativo:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;
- personale non sanitario addetto a servizi: di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti allo stato patologico conseguenza dello stesso infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro.

Restano comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

Art. 2.4 SERVIZI SANITARI E NON SANITARI DI ASSISTENZA SU RICHIESTA

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, a seguito di dimissioni da ricovero dovuto ad infortunio, necessiti di assistenza prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali per servizi di natura sanitaria e non sanitaria:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;
- personale addetto all'effettuazione di prelievi del sangue compresa la consegna degli esiti di accertamenti diagnostici;
- personale non sanitario addetto a servizi: di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

Restano a carico dell'Assicurato i costi relativi alle prestazioni erogate dal personale medico e paramedico e dalle altre figure professionali coinvolte.

ART. 2.5 TRASPORTO DELL'ASSICURATO

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un trasporto con autoambulanza tra l'istituto di cura ed il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto nell'ambito della regione di residenza. La Struttura Organizzativa sosterrà direttamente le spese fino ad una percorrenza massima di Km. 100 andata/ritorno per sinistro con il limite di Km. 200 per annualità assicurativa.

ART. 2.6 TRASFERIMENTO IN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Qualora a seguito di infortunio le condizioni dell'Assicurato - accertate mediante contatti tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante - richiedano il trasferimento in un istituto di cura specialistico in quanto non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, la Struttura Organizzativa provvederà a sue spese:

- ad individuare ed a prenotare l'istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli previsti al successivo Art. 2.7 "Rientro dal centro ospedaliero attrezzato";
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo alla prestazione di cui al presente articolo i trasferimenti per svolgere terapie riabilitative.

ART. 2.7 RIENTRO DA CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

A seguito della prestazione di cui al precedente Art. 2.6, una volta dimesso l'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il suo rientro assumendosene le spese con il mezzo ritenuto più idoneo tra i seguenti:

- aereo di linea, in classe economica ed eventualmente in barella;
- treno, in prima classe ed eventualmente in vagone letto;
- autoambulanza con chilometraggio illimitato.

Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni di cui al presente articolo l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa fornendo le necessarie informazioni.

ART. 2.8 ACCESSO A NETWORK SALUTE

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, debba essere ricoverato o sottoposto ad un intervento chirurgico, visita specialistica o sostenere un accertamento diagnostico, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato, il medico specialista o il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso.

Le prestazioni mediche e sanitarie (visite specialistiche, analisi, accertamenti diagnostici, ecc.) saranno messe a disposizione dell'Assicurato a condizioni di favore, grazie a convenzioni stipulate dalla Struttura Organizzativa con case di cura, centri diagnostici e centri di medicina specialistica.

ART. 2.9 RICERCA DELLA RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio non sia più in grado di proseguire la propria normale attività presso il domicilio e preferisca essere ricoverato presso una Residenza Sanitario Assistenziale, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà a fornire i seguenti servizi:

- consulenza sulle migliori soluzioni possibili;
- indirizzi delle strutture;
- caratteristiche dei servizi e tariffe applicate.

Oltre a quanto previsto dalla formula Argento per l'Assicurato per il quale sia indicata in polizza la formula ORO saranno operanti le seguenti prestazioni.

ART. 2.10 MEDICAL ADVICE PROGRAM

Qualora l'Assicurato abbia un'alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e richieda un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, i medici della Struttura Organizzativa, effettuata l'analisi del quadro clinico dell'Assicurato, offriranno la possibilità di accedere al Medical Advice Program, che prevede i seguenti tre livelli di assistenza:

– **Consulenza medica di secondo livello**

Per accedere al Medical Advice Program, l'Assicurato deve telefonare alla Struttura Organizzativa e spiegare il caso clinico per il quale richiede la seconda opinione medica.

I medici della Struttura Organizzativa, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questi l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i suoi medici curanti. In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e, se richiesta, potrà essere definita una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici.

– **Seconda opinione medica**

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva da parte dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico e all'elaborazione dei quesiti che verranno posti ai medici specialisti.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa – attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri – al Network medico di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, avvalendosi dell'esperienza di centri di eccellenza qualificati, potrà richiedere di visitare il paziente stesso. I costi della visita specialistica sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di una visita per sinistro.

I medici del Network medico di riferimento formuleranno rapidamente una risposta scritta di seconda opinione medica, che verrà inviata all'Assicurato per il tramite della Struttura Organizzativa. Se necessario quest'ultima potrà fornire un ausilio nell'interpretazione della risposta stessa.

– Seconda opinione internazionale

Qualora su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o del Network medico di riferimento si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di seconda opinione internazionale.

Tale servizio prevederà la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico alla struttura internazionale individuata e la predisposizione di una risposta scritta di seconda opinione medica da parte della struttura internazionale.

Modalità di erogazione della prestazione Medical Advice Program

Ricevuta la richiesta di prestazione, la Struttura Organizzativa invierà un modello che l'Assicurato dovrà compilare e restituire unitamente alla documentazione convenuta durante il colloquio di inquadramento del caso eseguito con il personale medico della Struttura stessa.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa garanzia, i medici che l'hanno visitato o curato in relazione al sinistro.

Ricevuta la documentazione clinica sarà la Struttura Organizzativa a provvedere a trasmetterla al Network medico di riferimento.

Formulata la seconda opinione medica, il Network medico di riferimento la invierà alla Struttura Organizzativa la quale lo farà pervenire all'Assicurato.

I costi relativi all'erogazione del parere medico, alla trasmissione della documentazione clinica scritta e/o iconografica e all'eventuale traduzione in lingua inglese della documentazione clinica e in lingua italiana della seconda opinione internazionale restano direttamente a carico della Struttura Organizzativa.

Restano invece a carico dell'Assicurato i costi che lo stesso debba sostenere per la prima trasmissione della documentazione clinica e diagnostica alla Struttura Organizzativa.

ART. 2.11 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST-RICOVERO – RIABILITAZIONE

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 5 pernottamenti dovuto ad infortunio, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire entro 7 giorni dalle dimissioni l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 20 giorni per sinistro e con il limite di 40 giorni per annualità assicurativa:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;
- personale non sanitario addetto a servizi: di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti allo stato patologico conseguenza dello stesso infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro.

La presente garanzia per lo stesso sinistro non è cumulabile a quanto previsto al precedente Art. 2.3 dell'Assicurazione Assistenza restando comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 2.12 RICERCA E PRENOTAZIONE DI CENTRI CLINICI SPECIALIZZATI

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio debba sottoporsi a visita specialistica, sostenere un accertamento diagnostico o delle analisi ematochimiche, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, sentito eventualmente il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, la visita specialistica o il centro diagnostico e/o di analisi in accordo con l'Assicurato.

Oltre a quanto previsto dalla formula Oro per l'Assicurato per il quale sia indicata in polizza la formula PLATINO saranno operanti le seguenti prestazioni

ART. 2.13 SUPPORTO PSICOLOGICO

La prestazione è fornita dalle 9.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato, a seguito di trauma da infortunio, necessitasse di un supporto psicologico, potrà contattare la Struttura Organizzativa che lo metterà in contatto con lo psicologo convenzionato più vicino.

La Società terrà a proprio carico i costi delle sedute per un massimo di 3 sedute per sinistro e per annualità assicurativa.

Ai fini della presente garanzia è richiesta la prescrizione del medico curante che giustifichi la necessità del supporto psicologico.

ART. 2.14 CARE MANAGEMENT POST-INFORTUNIO

Qualora l'Assicurato a seguito di grave infortunio necessiti di un orientamento e di una guida personalizzata per la gestione dei problemi medico-sanitari ed assistenziali conseguenti, potrà contattare la Struttura Organizzativa che tramite i propri medici specialisti fornirà un consulto adeguato di care-management.

Ai fini dell'erogazione della prestazione l'Assicurato dovrà comunicare le informazioni necessarie compreso nome e recapito telefonico del proprio medico curante.

ART. 2.15 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST-RICOVERO – RIABILITAZIONE AVANZATA

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

Qualora l'Assicurato, a seguito di dimissioni da ricovero con almeno 7 pernottamenti dovuto ad infortunio, necessiti di assistenza professionale prestata a domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire entro 7 giorni dalle dimissioni l'invio al domicilio dell'Assicurato delle seguenti figure professionali sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 30 giorni per sinistro e con il limite di 60 giorni per annualità assicurativa:

- personale medico: medico generico, specialista cardiologo o internista o chirurgo;
- personale paramedico: infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale;
- personale non sanitario addetto a servizi: di pulizia dell'abitazione e degli indumenti, di acquisto e pagamenti vari, organizzazione degli spostamenti, sistemazione degli animali domestici.

I ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti allo stato patologico conseguenza dello stesso infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro.

La presente garanzia per lo stesso sinistro non è cumulabile a quanto previsto ai precedenti Artt. 2.3 e 2.11 dell'Assicurazione Assistenza restando comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 2.16 DISTANCE CARE DI MONITORAGGIO

Le modalità per l'erogazione delle prestazioni verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato; a tal fine per poter organizzare il servizio è richiesto un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 72 ore.

In caso di ricovero dovuto ad infortunio dell'Assicurato con almeno 7 pernottamenti, la Struttura Organizzativa, su richiesta scritta del medico curante dell'Assicurato, provvederà ad organizzare e gestire l'invio di personale tecnico specializzato per l'installazione presso il domicilio dell'Assicurato di un sistema di comunicazione audio-visuale e di trasmissione di alcuni dati clinici (distance care), utilizzato dal personale medico e paramedico che assiste l'Assicurato sostenendone direttamente le spese fino ad un

massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dal ricovero. *Restano a carico dell'Assicurato i costi relativi alla connessione telefonica.*

Restano comunque esclusi i ricoveri per l'esclusiva effettuazione di accertamenti diagnostici.

ART. 2.17 ORGANIZZAZIONE DEL TRASPORTO SANITARIO IN ITALIA E ALL'ESTERO

Qualora a seguito di ricovero per infortunio l'Assicurato debba essere sottoposto ad intervento chirurgico, la Struttura Organizzativa provvederà, previa approfondita analisi del quadro clinico dell'Assicurato in accordo con il suo medico curante e tenuto conto delle disponibilità esistenti, ad organizzare il trasferimento dell'Assicurato fino all'istituto di cura attrezzato in Italia o all'estero nei tempi ritenuti più idonei dalla Struttura Organizzativa e con uno tra i seguenti mezzi:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, in classe economica ed eventualmente in barella;
- treno, in prima classe ed eventualmente in vagone letto;
- autoambulanza con chilometraggio illimitato.

Il trasporto sarà interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e comprenderà l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

La Struttura Organizzativa provvederà a fatturare all'Assicurato i costi relativi al trasporto effettuato ed all'assistenza prestata durante il trasporto stesso.

Non danno luogo alla prestazione i casi in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali od internazionali ed i casi in cui l'Assicurato o i suoi familiari sottoscrivano le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato sia ricoverato.

3. Norme specifiche assicurazione assistenza

ART. 3.1 ATTIVAZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Le prestazioni oggetto della presente polizza sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa.

ART. 3.2 MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per beneficiare delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa ai seguenti numeri:

al numero verde **800 904 596**

oppure al numero **+39 02 58 245 356**

L'Assicurato all'atto della richiesta della prestazione dovrà comunicare:

- a) il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) nome e cognome;*
- c) numero di polizza preceduto dalla sigla LVIA per la formula Argento;
numero di polizza preceduto dalla sigla LVIO per la formula Oro;
numero di polizza preceduto dalla sigla LVIP per la formula Platino;*
- d) indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di telefonare, potrà inviare un telegramma a Europ Assistance Service S.p.A., Piazza Trento, 8 – 20135 Milano.

La Struttura Organizzativa è in funzione:

- 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni di cui agli Artt. 2.1, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.10, 2.11, 2.14, 2.15, 2.16 e 2.17;
- dalle ore 9,00 alle ore 18,00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli Artt. 2.2, 2.8, 2.9, 2.12 e 2.13.

ART. 3.3 INESISTENZA DELL'OBBLIGO DI FORNIRE PRESTAZIONI ALTERNATIVE

Qualora l'Assicurato non usufruisca delle prestazioni previste dalla presente garanzia non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

ART. 3.4 ALTRE ASSICURAZIONI ASSISTENZA

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra polizza Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente polizza ad altra Società, le suddette prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

INFORMATIVA AL CONTRAENTE
POLIZZA INFORTUNI E ASSISTENZA
MODELLO VFI

Nota informativa predisposta ai sensi dell'art. 123 del Decreto Legislativo del 17 marzo 1995, n. 175, in conformità delle circolari dell'ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) in materia.

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

La Toro Assicurazioni S.p.A. ha sede legale in ITALIA, a Torino, Via Mazzini 53, impresa iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione italiane A.N. 1.00148 – Società diretta e coordinata da Assicurazioni Generali S.p.A.

La Divisione Lloyd Italo ha sede in ITALIA, a Genova, Via Fieschi 9.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

Legislazione applicabile

Ai sensi dell'art. 122 del Decreto Legislativo del 17 marzo 1995, n. 175, la legislazione applicabile al contratto è quella italiana. Le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

Reclami in merito al contratto o ai sinistri

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Toro Assicurazioni divisione Lloyd Italo - Servizio Reclami - via Mazzini 53 - 10123 Torino; telefax: 011.0029.893; e-mail: servizio.reclami@lia.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 (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle Parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

**INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO INFORTUNI E ASSISTENZA
VIVIFUTURO PROTEZIONE PERSONA**

Le successive informazioni, relative al contratto e assistenza, hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti della garanzia e non costituiscono pattuizioni contrattuali. Per le condizioni di contratto, si rinvia al testo delle Condizioni di Assicurazione.

Durata del contratto

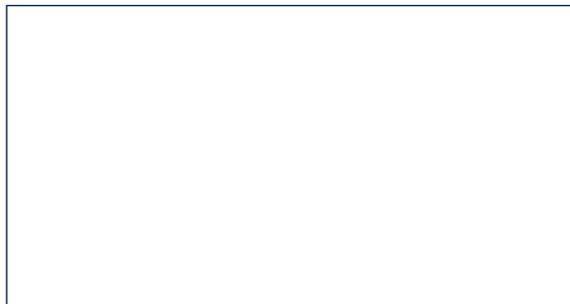
Il contratto non prevede il tacito rinnovo, per cui l'assicurazione cesserà alla scadenza pattuita senza necessità di disdette (contratto senza tacito rinnovo); la Toro Assicurazioni divisione Lloyd Italico si impegna, alla scadenza del predetto contratto e per le garanzie ed i premi nello stesso precisati, alla sottoscrizione di un nuovo contratto avente durata per tutto il periodo in cui resti in vita l'Assicurato.

Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte di Toro Assicurazioni divisione Lloyd Italico possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti di indennizzo, gli obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, il recesso delle Parti nonché sull'importanza di tutte le dichiarazioni pre-contrattuali richieste da Toro Assicurazioni divisione Lloyd Italico.





VIVIFUTURO

Lloyd Italo

DIVISIONE DELLA TORO ASSICURAZIONI



TORO ASSICURAZIONI S.p.A. a socio unico - Codice fiscale e Registro Imprese di Torino n. 13432270158 - CCIAA Torino n. 1013376 - Capitale Sociale Euro 184.173.606 i.v. - Part. Iva 13432270158 - Sede Legale: Via Mazzini 53, 10123 Torino - Impresa iscritta all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00148 ed appartenente al gruppo Generali iscritto all'albo dei gruppi assicurativi - Società diretta e coordinata da Assicurazioni Generali S.p.A.

Divisione Lloyd Italo - Sede: via Fieschi, 9 - 16121 Genova - tel. 010/53801 - fax 010/592856