

Generali Italia S.p.A.

DREAD DISEASE

- Forma anticipativa -

Contratto di assicurazione temporanea monoannuale in forma collettiva per il caso di morte e di malattia grave

Condizioni di assicurazione - ed. 01/19

DREAD DISEASE



DEFINIZIONI

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.
Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo, Generali Italia non corrisponde la prestazione assicurata.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento dei relativi premi.
Costo percentuale (caricamento)	Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi di Generali Italia.
Data di decorrenza del contratto	La data di riferimento, indicata in contratto, per il calcolo delle prestazioni contrattuali.
Data di ricorrenza	La data in cui Generali Italia richiede il versamento del premio monoannuale per ciascuna posizione individuale, al fine di consentire il rinnovo della copertura assicurativa.
Detraibilità fiscale (del premio versato)	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che, secondo la normativa vigente, può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Durata contrattuale	Periodo durante il quale il contratto è efficace.
Età assicurativa	Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.
Evento Accidentale	Circostanza che abbia una causa fortuita, esterna, improvvisa, violenta, indipendente dalla volontà dell'assicurato, tale da produrre lesioni corporali obiettivamente constatabili e che abbiano come conseguenza la morte
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Nota informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che Generali Italia deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative a Generali Italia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie del contratto.
Premio monoannuale	Importo che il Contraente si impegna a corrispondere all'inizio di ogni anno assicurativo per dare efficacia all'assicurazione.
Prestazione assicurata	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che Generali Italia garantisce al beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Proposta di assicurazione	Il documento con il quale il Contraente chiede a Generali Italia S.p.A. di stipulare un contratto di assicurazione.
Questionario sanitario per l'assicurazione sulla vita	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che Generali Italia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato .
Società	Generali Italia S.p.A., altresì definita impresa o compagnia, che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate all'Art. 2 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.
Sovrappremio	Maggiorazione di premio richiesta da Generali Italia nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

PARTE I - PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 Prestazioni

L'assicurazione di gruppo di cui al presente contratto è un'**assicurazione in forma collettiva monoannuale** - rinnovabile di anno in anno alla data riportata nel contratto di assicurazione - che garantisce la copertura del **rischio di morte e di malattia grave - nel caso quest'ultima abbia comportato all'assicurato un'invalidità permanente superiore al 5%** - degli assicurati, sempreché l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione.

Evento che colpisca più teste

L'assicurazione comprende il sinistro che colpisca più assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a sei volte il capitale medio assicurato.

Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

Capitali assicurati

I capitali assicurati all'inizio di ogni periodo assicurativo sulle singole teste sono comunicati dal Contraente e sono stabiliti in base a criteri oggettivi uniformi e indipendenti dalla volontà dei singoli assicurati (ad esempio: contratti e accordi nazionali o aziendali, statuti, regolamenti, ecc.).

In caso di morte o di malattia grave dell'Assicurato, sempreché questi sia incluso in assicurazione e il Contraente sia in regola con il versamento dei premi, verrà corrisposto il capitale assicurato sopra definito.

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

Generali Italia si riserva di accettare un capitale assicurato pro-capite superiore a euro 350.000,00 e, in tal caso, di fissare particolari condizioni di accettazione del rischio

Art. 2 Malattie gravi

Le malattie gravi coperte dal presente contratto sono le seguenti:

i) Cancro

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

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

Sono esclusi i seguenti tumori:

- tumori che presentano le caratteristiche del carcinoma in situ (inclusa la displasia della cervice uterina CIN-1, CIN-2 e CIN-3) o che sono istologicamente descritti come pre-maligni o non-invasivi;
- tutti i tumori della pelle, incluse le ipercheratosi, i carcinomi basocellulari, i carcinomi a cellule squamose ed i melanomi di stadio IA o inferiore nella classificazione TNM (massimo spessore ≤ 1.0 mm, senza ulcerazioni) secondo la nuova classificazione 2002 dell'American Joint Committee of Cancer, senza metastasi;
- tumori in presenza del virus HIV;
- tumori che non minacciano la vita, come i tumori della prostata descritti istologicamente nella classificazione TNM come T1(a) o T1(b) ma non T1(c) o di stadio equivalente o inferiore in un'altra classificazione, i micro-carcinomi papillari della tiroide o della vescica di stadio inferiore al T2N0M0 senza metastasi, la leucemia linfocitica cronica di stadio inferiore al RA1 1, il morbo di Hodgkin allo stadio 1.

ii) Chirurgia dell'aorta

Intervento chirurgico per malattia dell'aorta per via toracotomica o laparotomia che comporti ricostruzione o escissione dell'aorta malata e la sua sostituzione con una protesi.

In questa definizione, per aorta si intende l'aorta toracica e quella addominale ma non i suoi rami.

Le lesioni traumatiche dell'aorta e gli interventi chirurgici eseguiti usando solo tecniche endovascolari sono specificatamente esclusi.

iii) Chirurgia delle valvole cardiache

Intervento chirurgico a cuore aperto per sostituire o riparare una o più valvole cardiache in conseguenza a disfunzione o anomalità delle valvole cardiache.

Tutti gli interventi non a cuore aperto e la sostituzione di protesi valvolari sono specificatamente esclusi.

La diagnosi di anormalità delle valvole cardiache deve essere evidenziata da cateterismo o ecocardiogramma e la procedura deve essere considerata necessaria da parte di un cardiologo consulente.

iv) Chirurgia di by-pass aorto-coronarico

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

v) Ictus

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

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

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

Sono escluse le seguenti situazioni:

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

vi) Infarto

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un insufficiente apporto di sangue alla regione interessata.

La diagnosi sarà supportata se almeno tre dei seguenti quattro criteri sono presenti:

- storia di dolore toracico tipico;
- comparsa di nuove alterazioni elettrocardiografiche (ECG) diagnostiche per necrosi miocardica;
- aumento diagnostico degli enzimi cardiaci o delle troponine maggiore o uguale ai seguenti livelli:
 - Troponina T > 1,0 ng/ml,
 - Accu Tnl > 0,5 ng/ml o soglie equivalenti ottenute con altri metodi;
- presenza di disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione < 50%) valutata a distanza di almeno tre mesi dall'evento.

Le prove devono dimostrare senza margini di dubbio un infarto acuto del miocardio e la diagnosi deve essere confermata dal cardiologo.

Sono esclusi dalla copertura:

- angina;
- altre sindromi coronariche acute.

vii) Insufficienza renale

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

viii) Trapianto degli organi principali

L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto tra esseri umani (o l'inserimento in una lista di attesa ufficiale) di:

- midollo osseo usando cellule staminali ematopoietiche preceduto da ablazione totale del midollo osseo;
- trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, piccolo intestino (duodeno, digiuno, ileo), che risulti da disfunzionalità totale e irreversibile dell'organo.

Il trapianto è subordinato al parere di un chirurgo consulente e deve basarsi su conclusioni oggettive della disfunzionalità dell'organo. Il trapianto di qualsiasi altro organo, di parti di organo o di qualsiasi altro tessuto o cellule è escluso.

A completamento di quanto sopra, si precisano le seguenti definizioni:

Deficit neurologico permanente

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

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

Attività della vita quotidiana (ADL)

Si considerano come tali:

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

Art. 3 Limiti di età

Possono essere inclusi in assicurazione tutti gli appartenenti al gruppo aventi un'età non inferiore a 18 e non superiore a 65 anni.

L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli assicurati che abbiano superato i 65 anni di età.

L'età è calcolata in anni interi, considerando come unità la frazione d'anno uguale o superiore a sei mesi.

Art. 4 Ingresso e permanenza in assicurazione

Ai fini dell'ingresso in assicurazione, il Contraente fornirà a Generali Italia l'elenco delle persone da includere in assicurazione precisando per ciascuno di essi: cognome, nome, sesso, data di nascita, codice fiscale e capitale da assicurare o, in alternativa, premio da versare.

Esso fornirà inoltre ogni tipo di documentazione che da Generali Italia fosse richiesta per l'inserimento degli assicurandi nel contratto collettivo o per il pagamento delle prestazioni garantite e per la corretta esecuzione del contratto.

La copertura è in ogni caso subordinata:

- alle dichiarazioni rese dall'assicurando al momento dell'adesione;
- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari previsti;
- al versamento del premio di assicurazione.

La garanzia cessa al momento della comunicazione a Generali Italia da parte del Contraente, il quale indicherà gli estremi della posizione individuale e il motivo della cessazione della copertura assicurativa.

Qualora l'uscita dalla copertura avvenga prima della scadenza annuale per motivi diversi dall'evento assicurato, Generali Italia restituirà al Contraente l'eventuale rateo di premio relativo al periodo sub-annuale per il quale la copertura non è più richiesta, calcolato sul premio annuo di assicurazione al netto dell'importo fisso di cui al successivo Art. 12.

Art. 5 Esclusioni

L'assicurazione è operante, qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali salvo le esclusioni e le limitazioni di cui ai successivi punti.

Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione la morte e la malattia grave causate da:

- attività dolosa del beneficiario;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta del Contraente; inoltre, se si verifica in un luogo uno stato di guerra o sommosse popolari ed eventi simili durante il soggiorno dell'Assicurato, quest'ultimo è coperto per dieci giorni dall'ordine di evacuazione emanato dalle autorità italiane. L'esistenza di una situazione di guerra e simili in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato, implica l'esclusione totale dalla copertura assicurativa;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se il fatto avviene entro il primo anno dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

La presente copertura non copre inoltre i casi di insorgenza di una malattia grave in seguito a:

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

Art. 6 Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali

La presente polizza non sarà in alcun modo operante e Generali Italia non sarà tenuta ad erogare alcuna prestazione o comunque a considerare la stessa efficace nel caso in cui le condizioni di questa polizza, l'erogazione di una prestazione o l'operatività delle garanzie possano esporre Generali Italia o qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti o della Repubblica Italiana.

Art. 7 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Ai fini di una esatta valutazione del rischio che viene assunto da parte di Generali Italia, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze relative a circostanze per le quali Generali Italia non avrebbe dato il suo consenso alla copertura della posizione individuale, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, Generali Italia stessa:

a. quando esiste dolo o colpa grave, ha diritto:

- di annullare la copertura relativa alla posizione individuale entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare qualsiasi pagamento se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine sopra indicato;

b. quando non esiste dolo o colpa grave, ha diritto:

- di recedere dalla posizione individuale entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- nell'ipotesi che il sinistro si verifichi prima che Generali Italia conosca il vero stato delle cose, o prima che Generali Italia abbia dichiarato di voler recedere, di ridurre le prestazioni in proporzione della differenza tra il premio pattuito e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

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

Il presente contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni vigenti in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza o sede in Italia rilasciata dal contraente in occasione della sottoscrizione della proposta o polizza.

Il contraente si impegna pertanto a comunicare tempestivamente (entro 30 giorni) all'Impresa lo spostamento di residenza o sede in altro Stato Membro dell'Unione Europea. In caso di mancato adempimento, il contraente sarà responsabile per ogni eventuale pregiudizio causato all'Impresa in conseguenza della mancata comunicazione, ad esempio per effetto di contestazioni mosse dall'Amministrazione finanziaria dello Stato membro di nuova residenza.

Art. 8 Documentazione sanitaria, accertamenti e dichiarazioni dell'Assicurando

Per l'ingresso in assicurazione l'Assicurando deve sottoscrivere l'Atto di adesione all'assicurazione vita collettiva (Allegato III).

Inoltre in relazione all'entità dei capitali assicurati, anche a seguito di aumenti di capitale su coperture già in corso, è indispensabile per l'accettazione in garanzia del rischio nel contratto in termini:

- presentare - per il tramite del Contraente - gli accertamenti sanitari individuali, come riportato nell'**Allegato II** al presente contratto;
- dichiarare la professione praticata e le attività sportive normalmente svolte, in particolare gli sport estremi e pericolosi praticati, per l'eventuale applicazione di sovrappremi (**Allegati III e IV**).

La documentazione necessaria per l'esatta valutazione del rischio da assumere va presentata entro quarantacinque giorni dalla richiesta di ingresso in copertura.

La mancata presentazione - entro quarantacinque giorni dalla richiesta - della documentazione di cui sopra, annulla qualsiasi impegno da parte di Generali Italia sulla somma assicurata.

Gli eventuali importi anticipati dalla Contraente a titolo di premio per tali coperture saranno rimborsati alla Contraente stessa, con esclusione dell'importo fisso di cui all' Art. 12.

Generali Italia, entro quarantacinque giorni dalla data di ricevimento della documentazione richiesta, si riserva, in base alle risultanze di tali documenti e comunque a suo insindacabile giudizio, di richiedere ulteriore documentazione sanitaria, di fissare eventuali particolari condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio, dando di ciò immediata notizia al Contraente.

Durante i periodi di quarantacinque giorni definito nel capoverso precedente di limitazione assicurativa, la copertura sarà limitata ai soli casi di morte derivanti esclusivamente da evento accidentale, fortuito ed esterno, indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

Generali Italia potrà richiedere particolari documentazioni o la presentazione di ridotti accertamenti sanitari anche in relazione alla professione e alle attività normalmente espletate da ciascun assicurando.

Art. 9 Beneficiari

Beneficiari delle prestazioni garantite dal presente contratto sono i soggetti previsti dal Contratto, dall'Accordo e/o dal Regolamento Aziendale.

In assenza di tali previsioni:

- in caso di morte, i beneficiari sono quelli indicati dall'Assicurato stesso o, in mancanza di designazione, gli eredi testamentari in parti uguali o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi in parti uguali;
- in caso di malattia grave, beneficiario è l'Assicurato medesimo.

PARTE II – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Art.10 Conclusione del contratto ed entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si considera concluso nel momento in cui il Contraente appone la firma nel contratto di assicurazione rilasciato da Generali Italia.

La decorrenza del contratto è indicata nel contratto di assicurazione rilasciato da Generali Italia.

Per ciascuna posizione individuale la copertura assicurativa decorre dalla data richiesta dal Contraente a Generali Italia ed è subordinata alle condizioni di cui al precedente Art. 3.

Art. 11 Durata del contratto e della posizione assicurativa

Il contratto ha una durata minima di un anno e massima di cinque anni a partire dalla data di decorrenza indicata nel contratto di assicurazione e si rinnova automaticamente alla scadenza di anno in anno, in mancanza di diversa volontà espressa da una delle Parti almeno tre mesi prima della scadenza stessa.

Ciascuna posizione individuale ha durata pari ad un anno e si rinnova automaticamente di anno in anno, alla data di ricorrenza annuale indicata nel contratto di assicurazione rilasciato da Generali Italia, fino alla scadenza del contratto.

Nel primo anno di assicurazione, qualora la decorrenza della posizione assicurativa non coincida con la data di ricorrenza annuale, la durata della posizione stessa è pari al periodo intercorrente tra la data di decorrenza e la data di ricorrenza annuale.

Resta inteso che eventuali modifiche stabilite dalle Autorità di controllo alle presenti condizioni troveranno automatica applicazione fin dalla prima ricorrenza annuale della data di effetto dell'assicurazione, successiva alla data delle modifiche.

PARTE III – PREMI

Art. 12 Premi di Assicurazione

Il Contraente s'impegna, per ciascun assicurando e all'inizio di ciascun periodo assicurativo, a corrispondere il premio di assicurazione, determinato come di seguito indicato.

Il premio annuo di assicurazione per ogni singolo assicurando sarà calcolato in base alle modalità e ai tassi di premio contrattuali, con riferimento all'età raggiunta alla data di decorrenza o di ricorrenza annuale dell'assicurazione e al relativo capitale assicurato.

Al valore così ottenuto verrà aggiunto un importo fisso, per ogni testa da assicurare, pari a euro 2,50.

L'età è calcolata in anni interi, considerando come unità la frazione d'anno uguale o superiore a sei mesi.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno si stabiliranno ratei di premio, determinati riducendo i premi annui come sopra definiti, in proporzione ai giorni di durata della copertura.

Questo contratto prevede la corresponsione di premi monoannuali per tutta la durata del contratto e comunque non oltre la morte dell'Assicurato o la data di denuncia dell'insorgenza di malattia grave nel caso questa sia riconosciuta.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto dedicato(*) dell'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (SDD);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:

(*) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.

Non sono ammessi pagamenti in contanti.

Qualora i pagamenti avvengano tramite bonifico bancario o a mezzo di addebito diretto SEPA (SDD), la data di versamento coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato a Generali Italia o all'intermediario nei casi previsti.

Qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti dall'assicurazione, le assicurazioni dovranno essere considerate estinte e i premi pagati rimarranno acquisiti da Generali Italia.

Costi gravanti sul premio

Caricamenti		Quota parte percepita dall'intermediario
Costi di gestione	Costo di gestione fisso	€ 2,50 per ciascuna posizione individuale 8,0%
	Costo di gestione percentuale	4,0% applicato al premio al netto del costo di gestione fisso 0,0%
Costo di acquisizione	8,0% applicato al premio al netto del costo di gestione fisso	100,0%

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

Art. 13 Documenti prodotti da Generali Italia

Generali Italia rilascerà al Contraente - in occasione di ciascun versamento - una quietanza relativa ai premi complessivamente dovuti, accompagnata da un'Appendice-distinta facente parte integrante del contratto, nella quale saranno elencati gli assicurati, i relativi capitali e i premi.

Eventuali rilievi sui dati evidenziati nell'Appendice-distinta dovranno essere comunicati a Generali Italia entro trenta giorni dalla data di ricevimento. In mancanza di rilievi l'Appendice-distinta s'intenderà controllata e ritenuta esatta.

Su preventiva ed esplicita richiesta del Contraente, Generali Italia rilascerà annualmente la certificazione necessaria ai fini fiscali in base alle vigenti normative in materia.

Art. 14 Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione

Il Contraente può risolvere il contratto sospendendo il versamento dei premi.

Il mancato pagamento di una annualità di premio determina, trascorsi 45 giorni dalla data di rinnovo delle posizioni assicurative, la risoluzione del contratto.

In tal caso le assicurazioni dovranno essere considerate estinte e i premi pagati in precedenza rimarranno acquisiti da Generali Italia.

PARTE IV – VICENDE CONTRATTUALI

Art. 15 Cessione, pegno, vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o vincolare le prestazioni. Tali atti diventano efficaci nei confronti di Generali Italia solo quando la stessa ne abbia fatto annotazione sul contratto o su apposita appendice. Nel caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle suddette garanzie richiede l'assenso scritto del pignoratario o vincolatario.

Art. 16 Imposte e tasse

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente, del beneficiario o dei loro aventi diritto.

Art. 17 Riservatezza dei dati personali

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Contrattuale, ai sensi dell'Art.13, del D.Lgs. n.196/03, allegata a queste condizioni di assicurazione e a restituire a Generali Italia il consenso dell'Assicurato.

Art. 18 Foro competente

Per le controversie relative al contratto, il Foro competente può essere esclusivamente quello della sede, o del luogo di residenza o di domicilio del contraente o del beneficiario o di loro aventi causa (cioè chi acquisisce un diritto che prima spettava ad altri).

Per queste controversie, l'azione giudiziale è possibile dopo aver tentato la mediazione depositando un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice competente per territorio di cui al comma precedente¹.
Le istanze di mediazione nei confronti di Generali Italia devono essere inoltrate per iscritto a:

Generali Italia S.p.A.
Via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto (TV)
e-mail:generalis_mediazione@pec.generaligroup.com

Art. 19 Documentazione da consegnare agli assicurati

Nel caso in cui l'Assicurato sostenga in tutto o in parte il premio o sia portatore di un interesse alla prestazione, il Contraente si impegna a consegnare all'Assicurato stesso le condizioni di assicurazione, comprensive del documento indicante i costi a carico degli assicurati.

Qualora gli assicurati sostengano, in tutto o in parte, l'onere connesso al versamento del premio o siano portatori di un interesse alla prestazione, il Contraente si impegna inoltre a sottoporre all'Assicurato il questionario di valutazione dell'adeguatezza allegato al contratto e a restituire a Generali Italia il questionario compilato.

Nel caso in cui l'Assicurato sostenga in tutto o in parte il premio o sia portatore di un interesse alla prestazione, l'Assicurato ha la possibilità, collegandosi al sito internet della Compagnia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.

Il Contraente si impegna a comunicare agli assicurati eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie.

PARTE V – PAGAMENTI DELLA SOCIETA'

Art. 20 Pagamenti di Generali Italia

Per tutti i pagamenti di Generali Italia debbono essere preventivamente consegnati alla stessa - direttamente o tramite la sua rappresentanza cui è assegnato il contratto - i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto, i quali dovranno presentare anche la fotocopia di un documento d'identità valido, qualora non sia già stato presentato o sia scaduto insieme alla richiesta scritta di pagamento.

Per i pagamenti conseguenti alla morte dell'Assicurato, debbono consegnarsi:

- certificato di morte;
- relazione del medico curante sulla situazione sanitaria e sulle abitudini di vita dell'assicurato, con facoltà di utilizzo dell'apposito modulo predisposto da Generali Italia, nonché l'ulteriore documentazione che venisse eventualmente richiesta da Generali Italia (ad esempio cartelle cliniche relative a ricoveri subiti dall'assicurato in un arco temporale compatibile con l'usuale decorso della patologia rilevata dal medico curante; esami clinici; verbale del 118; verbale dell'autopsia ove eseguita; inoltre, in caso di decesso dovuto a causa diversa da malattia, verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di apertura di procedimento penale, copia dei relativi atti);
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà autenticata dai quali risulti se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento, ovvero che il testamento pubblicato è l'ultimo, valido e non sia stato impugnato e l'eventuale indicazione degli eredi legittimi e testamentari se i beneficiari caso morte sono indicati in modo generico;
- eventuale copia del testamento pubblicato.

Per i pagamenti conseguenti alla malattia grave dell'Assicurato, debbono consegnarsi:

- denuncia, con facoltà di utilizzo dell'apposito modulo predisposto da Generali Italia;
- certificato del medico curante, con facoltà di utilizzo dell'apposito modulo predisposto da Generali Italia;
- copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata la malattia grave;
- l'ulteriore documentazione di carattere sanitario che venisse richiesta da Generali Italia.

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

Generali Italia esegue i pagamenti agli aventi diritto, per il tramite del Contraente, entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

PARTE VI – CONDIZIONI DI RICONOSCIMENTO DELLA MALATTIA GRAVE

Art. 21 Denuncia, accertamento e riconoscimento della malattia grave

Verificatasi l'insorgenza della malattia grave dell'Assicurato, l'Assicurato stesso o altra persona che lo rappresenti deve chiederne per iscritto il riconoscimento a Generali Italia, direttamente o tramite la sua rappresentanza cui è assegnato il contratto, allegando alla richiesta un rapporto del medico curante (o del medico specialista) sulla malattia o un suo aggravamento rispetto a precedenti richieste non riconosciute da Generali Italia con facoltà di utilizzo dell'apposito modello fornito da Generali Italia.

Ai fini dell'accertamento, l'Assicurato deve consentire a Generali Italia tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato. La richiesta di liquidazione deve pervenire a Generali Italia entro tre mesi dalla data della diagnosi. Trascorso questo termine, Generali Italia si riserva il diritto di non liquidare il capitale assicurato in caso di malattia grave.

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

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

A partire dalla data di denuncia, i pagamenti delle rate di premio dovute sono sospesi.

In caso di mancato riconoscimento è riattivato il piano dei versamenti e il Contraente, informato tramite apposita comunicazione di Generali Italia, corrisponde le eventuali rate di premio sospese senza interessi.

Art. 22 Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla liquidabilità della prestazione, il Contraente o l'Assicurato stesso hanno facoltà di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione Generale di Generali Italia, la decisione di un Collegio medico, composto di tre medici, di cui uno nominato da Generali Italia, l'altro dal Contraente o - su sua delega - dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due Parti.

In caso di mancato accordo fra le Parti la scelta del terzo medico è demandata al 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 e, ove lo ritenga opportuno, può esperire qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa di 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 del Collegio medico 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 dai medici nel verbale definitivo.

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.

ALLEGATO II

DOCUMENTAZIONE ASSUNTIVA PER ASSICURAZIONI MONOANNUALI, RINNOVABILI DI ANNO IN ANNO, PER LA COPERTURA DEL RISCHIO DI MORTE E DI MALATTIA GRAVE

In riferimento a quanto previsto all'Art. 8 delle Condizioni di assicurazione e in relazione all'entità del capitale da assicurare per ciascun assicurando, per l'accettazione in garanzia è necessaria la presentazione degli accertamenti sanitari come di seguito indicato.

Per un capitale assicurato **inferiore o uguale a euro 100.000,00**, non è richiesta la presentazione di alcun documento sanitario ed è sufficiente la sottoscrizione da parte dell'assicurato dell'*Atto di adesione all'assicurazione vita collettiva (Allegato III)*.

Per un capitale assicurato **superiore a euro 100.000,00 e fino a euro 300.000,00**, in aggiunta al precitato Atto di adesione, è richiesta anche la compilazione del *Questionario sanitario per l'assicurazione vita collettiva (Allegato IV)*.

Per un capitale assicurato **superiore a euro 300.000,00 e fino a euro 350.000,00**, oltre a quanto previsto nel capoverso precedente è necessaria la presentazione di una visita medica (**Modello 16**) fatta da un medico di fiducia di Generali Italia o da uno specialista in cardiologia o medicina interna, corredata dall'esame completo delle urine praticato presso un laboratorio, dagli esami ematici (azotemia, glicemia, creatininemia, colesterolemia totale, H.D.L., trigliceridemia, uricemia, HCV, HBsAg (se positivo eseguire anche HBeAg), PSA totale e libero per uomini di età superiore a 45 anni), esame teleradiografico del torace, ECG basale e da sforzo massimale (al cicloergometro o tappeto rotante) con tracciati completi di tutte le 12 derivazioni per ogni carico di lavoro e con indicazione della pressione arteriosa sistolica e diastolica per ogni carico di lavoro e test HIV.

Qualora l'assicurato non si sottoponga agli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, verrà applicato, per la sola copertura del caso morte, un periodo di carenza di **sette** anni durante il quale la copertura assicurativa non sarà operante in caso di morte dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero a patologie ad essa collegate.

Il Contraente comunicherà a Generali Italia - per l'esatta valutazione dei rischi - l'esistenza di ogni altra polizza assicurativa sulla vita dei medesimi partecipanti al contratto in termini, da essa stessa stipulata o comunque di cui fosse a conoscenza. Generali Italia terrà conto delle eventuali altre polizze stipulate per la valutazione del rischio e per l'individuazione della somma sotto rischio complessiva.

I costi degli accertamenti sanitari e degli esami sono a totale carico del Contraente.

ATTO DI ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE DREAD DISEASE**Dati Anagrafici**

Cognome **Nome:**..... **Sesso:** M F
Luogo e data di nascita:
Codice Fiscale:
Azienda di appartenenza:
Professione dell'assicurato (specificare dettagliatamente):

Dichiarazioni dell'Assicurando**Il sottoscritto assicurando:**

- 1) dichiara di essere a conoscenza, anche con riferimento a quanto disposto dall'Art. 1919 del Codice Civile, che il presente modulo di adesione deve servire esclusivamente per la sua ammissione alla polizza vita collettiva stipulata dalla Contraente con Generali Italia S.p.A.;
- 2) dichiara di NON essere titolare di assegno di invalidità/pensione di inabilità e di NON avere in corso pratiche per il riconoscimento di invalidità/inabilità;
- 3) dichiara di non soffrire e di non aver sofferto di malattie che si siano manifestate o che abbiano necessitato di trattamento, cure e/o controlli negli ultimi 5 anni (ad eccezione delle sindromi influenzali o da raffreddamento, delle malattie esantematiche dell'infanzia, di interventi di chirurgia estetica, di forme allergiche non complicate, di cefalee muscolo-tensive e di ricoveri avvenuti con completa guarigione per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia);
- 4) dichiara di essere capace di svolgere i seguenti "atti elementari della vita quotidiana": farsi il bagno o la doccia, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare.

Luogo e data

Firma dell'Assicurando



.....

Qualora l'assicurato non possa sottoscrivere questo allegato, è necessaria la compilazione integrale del Questionario sanitario (Allegato IV).

Avvertenze relative ai questionari:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti da Generali Italia, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

QUESTIONARIO SANITARIO

Dati Anagrafici

Cognome e Nome: Data di nascita:/...../.....

Sesso: M F Codice Fiscale:

Dipendente di (*):

(*) indicare il Contraente del Contratto collettivo o l'Azienda associata.

Con la qualifica di:

E' nell'interesse dell'Assicurando non tacere notizie sul proprio stato di salute: l'occultamento delle stesse (malattia, interventi chirurgici, esiti di esami, invalidità, ecc.) espone i beneficiari della polizza al rischio di contestazione circa il pagamento delle somme assicurate (Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

BARRARE SI' o NO

1. Indicare peso ed altezza attuali: Peso kg. Altezza cm.

2. Fuma o ha mai fumato? SI NO

Se SI, indicare la quantità giornaliera e il periodo:

3. E' incapace di svolgere i seguenti "atti elementari della vita quotidiana" farsi il bagno o la doccia, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare?: SI NO

Se SI, indicare quali:

Cause ed eventuale patologia:

Limitazioni alla vita quotidiana (es: fare la spesa, guidare l'automobile, prepararsi da mangiare, fare pulizie, maneggiare denaro, praticare i suoi hobbies, svolgere attività sportiva, seguire correttamente una terapia medica, telefonare, ...):

SOFFRE O HA MAI SOFFERTO DI:

4. Diabete? SI NO

Se SI, indicare, diabete tipo 1 o diabete tipo 2:

Data diagnosi:

Valori recenti di glicemia: Emoglobina glicata:

Eventuali complicazioni/ricoveri: SI NO

Se SI, indicare quali:

Terapia eseguita e/o in corso (indicare se insulino dipendente):

5. Malattie coronariche? SI NO

Se SI, indicare data diagnosi:

Evento acuto che ha condotto alla diagnosi (infarto, angina etc.):

Numero di vasi coinvolti (monovasale, bivasale o trivasale):

Eventuali complicanze (aritmie, cardiomiopatie, valvulopatie, pace maker/defibrillatore etc.): SI / NO

Se SI, indicare quali

Intervento chirurgico/ricoveri?: SI NO

Se SI, indicare quando e il motivo:

Terapia eseguita e/o in corso:

6. Ipertensione arteriosa? SI NO

Se SI, indicare, data diagnosi:

Terapia eseguita e/o in corso:

E' in compenso farmacologico? SI NO

Valori pressori attuali: Max. Min.

7. Tumori? **SI** **NO**
 Se SI, indicare, se maligno o benigno:
 Data diagnosi: Data eventuale asportazione:
 Localizzazione:
 Stadiazione TNM/Grado:
 Eventuali recidive: **SI** **NO**
 Se SI indicare quando e il tipo di recidiva:
 Tipo di trattamento:
8. Epatite B e C? **SI** **NO**
 Se SI, per Epatite B indicare valori recenti di:
 HBsAg: HBV DNA: HBeAg:
 Se SI, per Epatite C indicare valori recenti di:
 HCV: HCV RNA
 In entrambi i casi compilare i campi sottostanti:
 Data diagnosi:
 Eventuali complicanze (fibrosi, cirrosi, tumori...): **SI** **NO**
 Se SI, indicare quali:
 Stato attuale/eventuale guarigione:
 Terapia eseguita e/o in corso:
9. Soffre o ha sofferto di malattie o menomazioni fisiche non rientranti nelle categorie sopra elencate? **SI** **NO**
 (NON INDICARE sindromi influenzali o da raffreddamento, delle malattie esantematiche dell'infanzia, di interventi di chirurgia estetica, di forme allergiche non complicate, di cefalee muscolo-tensive e di ricoveri avvenuti con completa guarigione per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, de-viazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia).
 Se SI, indicare quali:
 Grado/forma/stadio:
 Epoca e durata:
 Quale terapia segue o ha seguito:
 Esito dell'ultimo esame eseguito in relazione alla malattia sofferta:
10. Si è mai sottoposto ad esami clinico/strumentali (analisi di laboratorio, visite specialistiche, altro) che abbiano rivelato situazioni NON normali negli ultimi 5 anni? **SI** **NO**
 Se SI, indicare quali:
 Epoca:
 Esito:
11. E' mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali o strutture simili per interventi chirurgici, procedure invasive, per semplici accertamenti o esami biotici? **SI** **NO**
 Oppure si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapie a base di emoderivati? **SI** **NO**
 (NON INDICARE ricoveri avvenuti da oltre un mese, con completa guarigione, per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia).
 Se SI, indicare, quando:
 Motivo:
 Durata:
 Esito:
12. E' o è stato titolare di assegno di invalidità/pensione di inabilità oppure ha in corso pratiche per il riconoscimento di invalidità / inabilità? **SI** **NO**
 Se SI, indicare, Ente:
 Data del riconoscimento o della richiesta:
 Motivo:
 Grado di invalidità:

Il sottoscritto Assicurando:

- dichiara, per ogni conseguente effetto, che le risposte e le informazioni in ordine ed ogni singola domanda dei questionari sono complete, veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in ordine ai questionari stessi sulla base del quale verrà emessa la polizza e di assumersi in proprio la paternità e la responsabilità delle risposte, anche nel caso in cui, secondo le indicazioni del sottoscritto medesimo, altri ne abbia curato la materiale compilazione. Il sottoscritto è consapevole e dà atto che tutte le risposte e le informazioni fornite con il questionario sopra riportato sono essenziali ai fini della stipula del contratto, poiché in base alle stesse la Compagnia determina le condizioni di assicurabilità del rischio;
- conferma pertanto che le stesse informazioni e risposte sono assolutamente veritiere ed esatte e di non aver taciuto, omessa o alterata alcuna circostanza in relazione a quanto richiesto, assumendo ogni responsabilità delle risposte, anche se scritte da altri;
- proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente modulo, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti o Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, Generali Italia credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione o documentazione;
- prende atto che, in presenza di condizioni di non assicurabilità/esclusioni, il Contraente/datore di lavoro verrà informato sull'esito della valutazione del rischio, per la stipulazione della polizza.

(Luogo e data)

(Nome e cognome *leggibile*)

(Firma)