Pramerica

Contratto di Assicurazione Temporanea per il Caso di Morte, con Garanzie Aggiuntive facoltative

New Pramerica Copertura su Misura

Il presente Set Informativo, contenente:

- DIP Danni
- DIP Vita
- DIP Aggiuntivo Multirischi
- Condizioni di assicurazione
- Modulo Proposta di Assicurazione

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente Il DIP Danni, il DIP Vita e il DIP Aggiuntivo Multirischi

Edizione 01/19

Pramerica Life S.p.A.

Una Società controllata, coordinata e diretta
da Prudential Financial Inc. USA - Socio Unico

In ottemperanza a quanto previsto dall’art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.L. 7 Settembre 2005 n. 209), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie o oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono stampati con formato del carattere grassetto e sono da intendersi di particolare rilevanza ed evidenza. La stessa modalità di evidenziazione è stata utilizzata in ossequio a quanto previsto da altre disposizioni di legge o regolamentari in materia di assicurazione sulla vita.

Pramerica

SET INFORMATIVO

“New Pramerica Copertura su Misura”

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE,
CON GARANZIE AGGIUNTIVE FACOLTATIVE

Il presente Set Informativo, contenente:

DIP Danni	Pag. 3
DIP Vita	Pag. 5
DIP Aggiuntivo Multirischi	Pag. 7
Condizioni di assicurazione	Pag. 12
Modulo Proposta di Assicurazione	(Allegato)

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il DIP Danni, DIP Vita e DIP Aggiuntivo Multirischi.

Mod. NPCM - 01/19

Documento reso disponibile sul sito internet www.pramericagroup.it

Assicurazione Infortuni e Malattia e Rimborso Spese Mediche

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: PRAMERICA LIFE S.p.A. Prodotto: New Pramerica Copertura su Misura

Pramerica Life S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia ed iscritta all'albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00086 e all'Albo Gruppi Assicurativi al n. 017.

Il presente documento contiene informazioni per aiutare il potenziale contraente a capire le caratteristiche principali relative al prodotto assicurativo danni.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza prevede una copertura principale vita temporanea per il caso di morte e alcune garanzie aggiuntive facoltative vita (CRILL e LTC) e danni (copertura infortuni e malattia, rimborso spese mediche e prestazioni di assistenza). Al momento della sottoscrizione del contratto il Contraente può scegliere, oltre all'Assicurazione Principale, anche una delle Garanzie Aggiuntive previste.

Che cosa è assicurato?

INFORTUNI e MALATTIA (solo se richiamata in polizza)

- ✓ Morte da infortunio
- ✓ Invalidità permanente da infortunio
- ✓ Inabilità temporanea (solo per lavoratori autonomi)
- ✓ Diaria da ricovero
- ✓ Diaria da gessatura
- ✓ Invalidità permanente da malattia (di grado superiore al 22%)

RIMBORSO SPESE MEDICHE (solo se richiamata in polizza)

- ✓ Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti di cura (ricovero e/o day hospital con/senza intervento chirurgico, parto cesareo/fisiologico ed aborto terapeutico, intevento chirurgico odontoiatrico, correzione difetti visivi, inteventi plafonati se effettuati in regime di assistenza indiretta)
- ✓ Indennità sostitutiva
- ✓ Spese per accompagnatore, trasporto dell'assicurato all'istituto di cura, rimpatrio salma
- ✓ Spese sanitarie relative al neonato
- ✓ Ticket SSN sulle prestazioni coperte (ospedaliere)
- ✓ Alta Diagnostica (Cure e diagnostica di Alta Specializzazione)
- ✓ Cure Domiciliari ed Ambulatoriali
- ✓ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio
- ✓ Cure odontoiatriche da infortunio
- ✓ Spese per l'acquisto di lenti / occhiali
- ✓ Ticket SSN sulle prestazioni coperte (extraospedaliere)

ASSISTENZA ((solo se richiamata in polizza e abbinata ad una delle coperture Danni)

- ✓ Collaboratore familiare
- ✓ Consegna esiti esami, medicinali e/o spesa a domicilio
- ✓ Consulenza medica di alta specializzazione
- ✓ Consulenza medica telefonica
- ✓ Guardia medica permanente e Assistenza domiciliare d'urgenza
- ✓ Invio fisioterapista e/o infermiere a domicilio
- ✓ Invio di un medico generico a domicilio
- ✓ Rimpatrio salma
- ✓ Second opinion
- ✓ Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario
- ✓ Tutoring

L'impegno della Compagnia è in ogni caso rapportato ai massimali, alle franchigie, ai peridoi di carenza ed alle limitazioni ed esclusioni indicate nei documenti contrattuali riguardanti il prodotto e la singola copertura oltre che alle somme assicurate concordate con il contraente.

Che cosa non è assicurato?

Assicurazione in generale

- ✗ non sono assicurabili le persone che al momento della sottoscrizione della polizza siano affette da alcolismo, insulino-dipendenza, tossicodipendenza, sieropositività HIV, immunodeficienza acquisita (per la sola garanzia Infortuni e Malattia, sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi).
- ✗ non sono assicurabili le persone che al momento della sottoscrizione non risiedano in Italia o nello Stato Città del Vaticano.
- ✗ le persone che non rispettino i limiti minimi e massimi di età al momento della sottoscrizione e in corso di validità del contratto (per i dettagli relativi alle singole coperture si vedano gli artt. 30, 36 delle Condizioni di Assicurazione relative alle coperture Infortuni e Malattia e l'art. 16 delle Condizioni di Assicurazione relative alle copertura Rimborso Spese Mediche).

Sezione Infortuni - L'assicurazione non è operante per:

- ✗ le conseguenze di infortuni accaduti prima della data di effetto dell'assicurazione o derivanti dalla pratica delle attività specificate nell'elenco all'interno delle Condizioni di Assicurazione (per l'elenco completo dei rischi esclusi si veda l'art. 27 delle Condizioni di Assicurazione relative alle coperture Infortuni e Malattia).

Sezione Malattia - L'assicurazione non è operante per:

- ✗ le invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione, imputabili a condizioni fisiche o patologiche preesistenti o conseguenti alle patologie specificate nell'elenco all'interno delle Condizioni di Assicurazione (per l'elenco completo dei rischi esclusi si veda l'art. 34 delle Condizioni di Assicurazione relative alle coperture Infortuni e Malattia).
- ✗ le conseguenze, complicanze dirette o indirette di malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Sanitario, nonché quelle sottaciute ma già conosciute/diagnosticate al momento della sottoscrizione.

Sezione Rimborso spese mediche:

- ✗ non sono assicurabili i rischi relativi ad alcuni patologie nonché le conseguenze e le spese relative alle circostanze indicate nelle Condizioni di Assicurazione (per l'elenco completo dei rischi esclusi si veda l'art. 14 delle Condizioni di Assicurazione relative alle copertura Rimborso Spese Mediche).

DIP NPCM - 10/18

Documento reso disponibile sul sito internet www.pramericagroup.it

Ci sono limiti di copertura?

Nel contratto sono previste limitazioni ed esclusioni alle garanzie assicurative che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Sezione Infortuni

! Invalidità permanente da infortunio: franchigia 3%/5% in base a tabella selezionata;

Sezione Malattia - Periodi di carenza:

! infortuni: momento in cui ha effetto l'assicurazione.

! malattie: 30 giorni da quello di effetto dell'assicurazione.

! parto: 300 giorni da quello di effetto dell'assicurazione.

! conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula se in tal momento non conosciuti e/o diagnosticati: 180 giorni da quello di effetto dell'assicurazione.

! malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 30 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Sezione Rimborso spese mediche:

! per gli infortuni: momento in cui ha effetto l'assicurazione.

! per le malattie: 30 giorni successivi a quello di effetto dell'assicurazione.

! per le conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula qualora in tal momento non conosciuti e/o diagnosticati: 180 giorni successivi a quello di effetto dell'assicurazione.

! per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Dove vale la copertura?

✓ L'assicurazione ti copre in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

- Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto lo stesso rischio o 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.
- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio in caso di cambio di professione), possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

INFORTUNI e MALATTIA

- Per la copertura invalidità permanente da malattia è previsto l'accertamento dello stato di salute dell'assicurato ed è necessaria la compilazione del questionario sanitario prima della sottoscrizione del contratto.
- Devi denunciare il sinistro infortuni o malattia entro 5 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato oppure dal momento in cui ne hai avuto la possibilità e comunque non oltre 2 anni dalla data di cessazione della polizza.

RIMBORSO SPESE MEDICHE

- Devi denunciare il sinistro dandone avviso scritto a Previmedical (che gestisce per conto della Compagnia i sinistri, oppure alla Compagnia stessa, quando ne hai avuto conoscenza e, comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui ne hai avuto la possibilità. Sei sollevato da tale obbligo se ti sei avvalso di istituti di cura e/o di medici convenzionati e sei stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro. In questo caso, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza.
- Devi consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Compagnia, sottoporti agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da nostri incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che ti hanno visitato o curato e gli enti presso i quali sei stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato al rilascio della polizza. Puoi chiedere il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze semestrali stabilite. Il Contraente deve pagare il premio mediante addebito sul proprio conto corrente bancario.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati regolarmente pagati.

Se non paghi i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione rimane sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo a quello di scadenza e ritorna in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite. La copertura dura un anno dalla data della sottoscrizione della polizza oppure dalla data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione, e prevede il tacito rinnovo a scadenza.

Come posso disdire la polizza?

Per disdire il contratto devi inviare comunicazione a Pramerica a mezzo lettera raccomandata entro il termine di 60 giorni prima della scadenza annuale. In tal caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta.

E' prevista la facoltà di recedere dal contratto nei casi previsti dalla legge o dopo ogni sinistro denunciato e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto all'indennizzo, dandone comunicazione a Pramerica parte mediante lettera raccomandata, ad eccezione della garanzia invalidità permanente da malattia per la quale il recesso per sinistro non è esercitabile. Entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, Pramerica rimborsa al contraente la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso per le garanzie cessate ed al netto delle imposte.

DIP NPCM - 10/18

Contratto di Assicurazione Temporanea per il caso di Morte con Garanzie Aggiuntive Facoltative

Pramerica

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Compagnia: Pramerica Life S.p.A.

Prodotto: New Pramerica Copertura su Misura

Data realizzazione documento: 01/01/2019

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa Polizza è volta a tutelare l'Assicurato e la propria famiglia dalle difficoltà che possono insorgere in caso di eventi gravi e imprevisti che possono compromettere la stabilità economica.

Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Le prestazioni assicurate sono le seguenti:

Garanzia principale

- ✓ **Decesso**, qualunque possa essere la causa, salvo i limiti di copertura di cui sotto.
  In caso di decesso verificatosi prima della scadenza contrattuale, la Compagnia garantisce il pagamento di un importo pari al capitale assicurato, a condizione che la polizza sia in regola con i pagamenti dei premi.

Garanzie aggiuntive

- ✓ **Malattie Gravi**
  (c.d. Critical Illnes–CRILL), tali si intendono: l'infarto miocardico, il cancro e l'ictus cerebro-vascolare;
- ✓ **Non Autosufficienza**
  (c.d. Long Term Care – LTC).

Le garanzie **Malattie Gravi** e **Non Autosufficienza** sono valide solo se espressamente richiamate in proposta e polizza.

Il **capitale minimo assicurabile** non potrà essere inferiore a euro 100.000 - in caso di decesso - ed euro 50.000 in caso di Malattie Gravi.

Il **capitale massimo assicurabile** non potrà essere superiore a euro 1.000.000 - in caso di decesso - ed euro 400.000 in caso di Malattie Gravi.

In caso di Non Autosufficienza la **rendita mensile** minima sarà di euro 500, mentre la **rendita mensile massima** sarà di euro 3.000.

Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipula della polizza:

- ✗ non abbiano ancora compiuto 18 anni;
- ✗ abbiano compiuto 74 anni (garanzia Decesso), 55 anni (garanzia Malattia Grave) e 65 (garanzia Non Autosufficienza);
- ✗ alla scadenza dell'Assicurazione, abbiano un'età superiore a 75 anni (garanzia Decesso) e 70 anni (garanzie Malattia Grave e Non Autosufficienza).

Le garanzie **Decesso** e **Malattie Gravi** non operano in caso di:

- ✗ dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi o colposi;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari;
- ✗ incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, anche se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ✗ suicidio dell'Assicurato, se avviene nei primi 2 anni dalla decorrenza della copertura assicurativa o trascorso questo periodo, nei primi 6 mesi dalla eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- ✗ 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;
- ✗ guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato.

La garanzia **Non Autosufficienza** non opera in caso di:

- ✗ dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ patologie nervose o mentali non di natura organica;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi o colposi;
- ✗ malattie e infortuni correlati all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti;
- ✗ sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- ✗ pratica di determinate attività sportive.

Ci sono limiti di copertura?

- La garanzia **Decesso** è sottoposta ad un periodo di **carenza** di 5 anni, qualora l'Assicurato non si sia sottoposto al test HIV e la morte sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da altra patologia da essa collegata. Qualora, però, il Contratto di Assicurazione risulti in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia liquiderà il solo importo dei premi versati al netto dei costi sostenuti da quest'ultima.
- La garanzia **Malattie Gravi** non opera per Invalidità Permanente inferiore al 5%.
- La garanzia **Malattie Gravi** è sottoposta ad un periodo di carenza di 180 giorni.
- La garanzia **Non Autosufficienza** è sottoposta ad un periodo di carenza di 1 anno in caso di malattia, e di 3 anni in caso di malattie neurologiche, nervose e mentali dovute a cause organiche.
- La garanzia **Non Autosufficienza** è sottoposta ad un periodo di franchigia di 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficiente.

Dove vale la copertura?

✓ Il rischio di **Decesso** è coperto senza alcun limite territoriale.

Che obblighi ho?

- A seconda della tua età e della prestazione assicurata, devi compilare e sottoscrivere il questionario anamnestico o devi sottoporti a specifiche visite mediche – unico presupposto per la sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.
- Le tue dichiarazioni devono essere esatte, veritiere e complete.
  Le dichiarazioni inesatte e le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la risoluzione del Contratto di Assicurazione.
- In qualità di Contraente, sei tenuto a comunicare alla Compagnia ogni eventuale cambiamento di cittadinanza e/o residenza fiscale entro 30 giorni dalla variazione.
- Per modificare l'opzione di cui alla sezione seguente, il Contraente deve darne comunicazione alla Compagnia almeno 90 giorni prima di ogni scadenza triennale.

Quando e come devo pagare?

- Il Contraente paga un premio annuo anticipato, mediante addebito sul proprio conto corrente. L'entità del premio si determina annualmente in base all'età dell'Assicurato, all'ammontare della prestazione assicurata, allo stato di salute dell'Assicurato e all'attività professionale e sportiva svolta dall'Assicurato.
- In relazione alla sola garanzia principale e alle garanzie aggiuntive Malattie Gravi e Non Autosufficienza, il Contraente ha la possibilità di scegliere tra due opzioni – opzione modificabile ogni 3 anni:
  - mantenere inalterate le garanzie ricalcolando il premio annuo in base all'età assicurativa raggiunta;
  - mantenere inalterato il premio rideterminando le garanzie prestate.
- È previsto un premio annuo minimo di euro 150. Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali e semestrali: in questo caso l'ammontare minimo della rata non può essere inferiore a euro 100.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente è messo a conoscenza dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia, ossia dal giorno in cui la Compagnia rilascia al Contraente la polizza o il Contraente riceve per iscritto, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, la comunicazione di assenso della Compagnia ed il relativo documento di polizza.
  Per i contratti che non prevedono accertamenti sanitari ma la compilazione di un questionario anamnestico, le coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicata in proposta e in polizza, a condizione che sia stato pagato il premio, che l'incasso sia andato a buon fine e che la proposta con i relativi allegati siano stati compilati e sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato in ogni loro parte. Nel caso in cui il versamento sia stato effettuato dopo la data indicata in proposta, il Contratto entra in vigore dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.
- La durata del Contratto varia da un minimo di 1 anno ad un massimo di 20 anni.

Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

- Hai la facoltà di esercitare il diritto di revoca finché il contratto non sia concluso, ovvero sino a quando la Compagnia non rilascia al Contraente la polizza o comunica per iscritto allo stesso il proprio assenso mediante lettera raccomandata.
- Hai, altresì, la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data in cui si è perfezionato il contratto.
- Per esercitare tali diritti devi inviare, entro i termini predetti, una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo della Compagnia.
- La Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca – qualora il Contraente avesse già versato il premio dovuto – o di recesso, rimborserà il premio pagato al Contraente, al netto dei costi, delle eventuali imposte e delle spese sostenute dalla Compagnia per gli accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato.
- Hai la facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei premi. I premi già versati alla data di risoluzione non verranno rimborsati da parte della Compagnia.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Contratto di Assicurazione Temporanea per il caso di Morte con Garanzie Aggiuntive Facoltative

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP Aggiuntivo Multirischi)

Compagnia: Pramerica Life S.p.A. **Prodotto:** New Pramerica Copertura su Misura

Data realizzazione documento: 01/01/2019

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto e gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazioni prima della sottoscrizione del contratto.

Pramerica Life S.p.A. - Società per Azioni con unico socio - società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial, Inc USA, Piazza della Repubblica n. 14 - 20124 Milano; Tel. 02 722581; Sito Internet: www.pramericagroup.it; Email: info@pramerica.it; PEC: pramerica@legalmail.it.

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 14/03/1990 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19/03/1990. Iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.00086.

Il patrimonio netto di Pramerica Life S.p.A. ammonta a € 53 milioni al 31.12.2017, di cui il capitale sociale è pari ad € 12,5 milioni e le riserve patrimoniali ammontano a € 40,5 milioni. L'indice di solvibilità di Pramerica, determinato in applicazione della normativa Solvency II, è pari al 264,00% che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

In corso di contratto non possono essere effettuate integrazioni o modifiche delle garanzie aggiuntive Ramo Vita selezionate in fase di sottoscrizione.
Il Contraente può tuttavia decidere, unicamente in occasione della ricorrenza annuale della polizza, di non rinnovare le eventuali garanzie aggiuntive Ramo Danni, inviando alla Compagnia una raccomandata con ricevuta di ritorno almeno 60 giorni prima della ricorrenza annuale della polizza.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Oltre a quanto indicato nel DIP – Documento Informativo Precontrattuale, sono esposte di seguito maggiori informazioni. La garanzia **Malattie Gravi** non opera in caso di: ✗ sinistri di malattia grave derivanti da eventi post-traumatici; ✗ malattie gravi insorte in precedenza della stipula del contratto; ✗ morte dell'Assicurato entro 30 giorni dalla prima diagnosi della malattia grave; ✗ abuso di alcol, nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e, sostanze psicotrope e simili; ✗ la partica delle seguenti attività sportive: alpinismo, speleologia, immersioni subacquee, automobilismo, motociclismo, salti con sci o idrosci, sport aerei (ad esempio deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio); ✗ malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di effetto delle garanzie sottaciute alla Compagnia con dolo o colpa grave.

Rischi esclusi	La garanzia **Non Autosufficienza** non opera in caso di: ✗ atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio; ✗ atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere e di volere da lui stesso procurata; ✗ infortunio che avvenga quando l'Assicurato si trova in stato di ebrezza caratterizzato da un tasso alcolemico uguale o superiore al tasso autorizzato dal codice della strada in vigore alla data del sinistro; ✗ rifiuto di seguire le prescrizioni mediche; ✗ incidente aereo tranne se in qualità di passeggero di una linea aerea debitamente abilitata al trasporto pubblico dei passeggeri e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio; ✗ contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche, partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di stato; ✗ partecipazione dell'Assicurato a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; ✗ svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e DIP Vita.

Che obblighi ho? / Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro	**Denuncia di sinistro:** in caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono predisporre una denuncia scritta del sinistro e produrre tutta la documentazione necessaria. Tale modulo di denuncia dovrà essere inoltrato direttamente alla Compagnia con le seguenti tempistiche: - in caso di Malattie Gravi (CRILL) entro e non oltre 180 giorni dalla data in cui sia stata diagnosticata la stessa – a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi all'evento; - in caso di Infortunio o Malattia entro e non oltre 5 giorni dalla data in cui si è verificato il sinistro oppure dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, e comunque non oltre 2 anni dalla data di cessazione della polizza; - in caso di Invalidità Grave e Permanente e Non Autosufficienza (LTC) non è previsto un termine perentorio entro il quale inviare la denuncia. **Prescrizione:** si precisa che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione relativamente alle "garanzie vita" prestate dalla Compagnia si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Invece, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione relativamente alle "garanzie danni" si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. In caso di omessa richiesta da parte degli aventi diritto entro detti termini, la Compagnia avrà l'obbligo di devolvere l'importo dovuto al Fondo per le Vittime delle Frodi Finanziarie, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze. **Liquidazione della prestazione:** verificata la sussistenza del diritto alla liquidazione, la Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesto; decorso tale termine il Beneficiario può richiedere gli interessi moratori dal termine stesso. La liquidazione di importo superiore ad euro 10.000.000 sarà effettuata nell'arco dei tre mesi successivi alla richiesta di liquidazione frazionando l'importo da movimentare in più operazioni, ciascuna delle quali non potrà essere superiore ad euro 10.000.000 e sarà effettuata a distanza di tre mesi dalla precedenza. Ogni pagamento verrà effettuato con assegno o bonifico. **Gestione da parte di altre imprese:** - **Assistenza diretta/in convenzione:** l'Assicurato che necessita delle prestazioni comprese nella garanzia aggiuntiva Assistenza dovrà rivolgersi alla Centrale Operativa di Previmedical, che è a disposizione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

Dichiarazioni inesatte o reticenti	In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze con dolo o colpa grave, la Compagnia può alternativamente rifiutare - in caso di sinistro - qualsiasi pagamento, oppure contestare la validità del contratto, entro 3 mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze senza dolo o colpa grave, la Compagnia può alternativamente ridurre - in caso di sinistro - la prestazione assicurata in relazione al maggior rischio accertato, oppure ha la facoltà di recedere dal contratto, entro 3 mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza.

Quando e come devo pagare?

Premio	Oltre a quanto indicato nel DIP - Documento Informativo Precontrattuale, sono esposte di seguito maggiori informazioni. La richiesta di modifica dell'opzione, per la sola garanzia principale e per le garanzie aggiuntive CRILL e LTC, deve essere inviata dal Contraente almeno 90 giorni prima di ciascuna ricorrenza triennale in cui l'opzione può essere esercitata. La modifica del frazionamento del premio può avvenire solamente alla ricorrenza annuale della polizza mediante richiesta scritta da inviare almeno due mesi prima della ricorrenza annuale della polizza stessa.
Rimborso	Relativamente alla garanzia principale, è facoltà della Compagnia richiedere all'Assicurato di effettuare un qualsiasi accertamento sanitario e/o consegnare una qualsiasi documentazione sanitaria al fine di completare la valutazione del rischio. In tal caso, la copertura assicurativa rimane sospesa dalla data di richiesta di ulteriore documentazione sino alla data di emissione della polizza; qualora durante tale periodo, si dovesse verificare il decesso dell'Assicurato, la Compagnia provvederà a restituire il premio di rata al Contraente.
Sconti	Non sono previsti sconti di premio.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La durata delle garanzie aggiuntive è pari alla durata contrattuale dell'assicurazione principale. In tutti i casi di sospensione per mancato pagamento dei premi ed estinzione dell'assicurazione principale, le garanzie aggiuntive restano sospese fino ad una eventuale riattivazione dell'assicurazione principale, fermo restando che in caso di mancata riattivazione, i relativi premi restano acquisiti dalla Compagnia.
Sospensione	Non sono previsti casi di sospensione delle garanzie.

Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e DIP Vita.*
Recesso	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e DIP Vita.*
Risoluzione	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e DIP Vita.*

A chi è rivolto questo prodotto?

Questa polizza - grazie a un piano assicurativo modellabile a seconda dei bisogni personali di ognuno - è ideale per chi desidera garantire a sé stesso e ai propri cari una protezione assicurativa che tuteli dal rischio di Malattie Gravi, dall'insorgere della condizione di Non Autosufficienza e dal verificarsi di un Infortunio, sia in ambito lavorativo sia extra-professionale, e preservi economicamente la famiglia dalle difficoltà che possono sopraggiungere in caso di scomparsa improvvisa dell'Assicurato, soprattutto qualora rappresenti il principale o l'unico produttore di reddito.

Quali costi devo sostenere?

Per le spese di acquisizione e gestione del contratto, viene trattenuta dalla Compagnia una percentuale del premio pari al 40%.
La quota parte percepita dai distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale, è pari al 40%.
In caso di recesso, la Compagnia tratterrà la somma di euro 50 per le spese sostenute per l'emissione del Contratto di Assicurazione.
Qualora per la conclusione del Contratto di Assicurazione sia prevista la visita medica, le relative spese sono a carico del Contraente, o dell'Assicurato - se persona diversa.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Valori di riscatto e riduzione	*Non sono previsti né riscatti né riduzioni.*
Richiesta di informazioni	-

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa Assicuratrice	I reclami, aventi ad oggetto il rapporto contrattuale e specificamente l'effettività della prestazione e della quantificazione/erogazione delle somme dovute o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati, in forma scritta, tramite posta, fax o e-mail, a: **Pramerica Life S.p.A. - Ufficio Gestione Reclami Piazza della Repubblica, 14 - 20124 Milano** **Fax 02.72003580 - Email: gestione.reclami@pramerica.it**
All'IVASS	Qualora il diretto interessato, anche tramite i suoi rappresentanti, non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o non abbia ricevuto risposta nel termine massimo di 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria, può rivolgersi a: **IVASS** **Servizio Tutela del Consumatore** **Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133206** **PEC: ivass@pec.ivass.it** La richiesta dovrà essere redatta in forma scritta e contenere le seguenti informazioni: • dati anagrafici del reclamante (nome, cognome, domicilio ed eventuale recapito telefonico; • individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; • breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; • ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Per la presentazione del reclamo all'IVASS, sul sito dell'Autorità è presente un apposito modulo da utilizzare per fornire tutti gli elementi necessari alla trattazione del reclamo.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/08/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	I premi dei Contratti di Assicurazione sulla Vita e sulle garanzie aggiuntive Malattie Gravi e Non Autosufficienza non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Sui premi pagati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%), la garanzia Malattie Gravi e Non Autosufficienza, viene riconosciuta annualmente al Contraente (o al soggetto che sopporta l'onere economico del pagamento del premio) una detrazione d'imposta ai fini IRPEF, con le modalità ed i limiti previsti per legge. In particolare, la detrazione spetta al Contraente a condizione che sia il soggetto che ha pagato il premio e che l'Assicurato - se persona diversa - sia fiscalmente a carico del Contraente stesso. Le somme corrisposte in caso di morte, Invalidità Grave e Permanente, Beneficio in Vita, Malattie Gravi e Non Autosufficienza, anche se erogate in forma di rendita, sono esenti da imposta sostitutiva IRPEF.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

SUL SITO INTERNET DELLA COMPAGNIA È DISPONIBILE, INVECE, UN'AREA RISERVATA ATTRAVERSO LA QUALE SI POTRÀ ACCEDERE ALLA PROPRIA POSIZIONE ASSICURATIVA CONSULTANDO I DATI PRINCIPALI DELLE POLIZZE SOTTOSCRITTE, QUALI, A TITOLO MERAMENTE ESEMPLIFICATIVO, LE COPERTURE ASSICURATIVE IN ESSERE, LE CONDIZIONI CONTRATTUALI SOTTOSCRITTE E LO STATO DEI PAGAMENTI DEI PREMI.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE APPLICABILI ALL'ASSICURAZIONE PRINCIPALE TCM

Art. 1 - Disciplina del contratto e condizioni di applicabilità

Il contratto "New Pramerica Copertura su Misura" è disciplinato dalle presenti condizioni, da quanto indicato nella proposta, polizza e dalle eventuali appendici.

Il contratto è costituito dall'Assicurazione Principale e facoltativamente dalle Garanzie Aggiuntive.

Il Contraente, se persona fisica, deve avere capacità di agire. In caso di Contraente persona giuridica, il contratto deve essere sottoscritto dal suo Legale Rappresentante, che dovrà essere identificato all'atto della stipula del contratto.

L'età minima all'ingresso dell'assicurato è 18 anni, mentre l'età massima è 74 anni. L'età dell'Assicurato alla scadenza non deve essere superiore a 75 anni.

La durata del contratto varia da un minimo di 1 anno ad un massimo di 20 anni.

Art. 2 - Entrata in vigore dell'Assicurazione

Il contratto, a condizione che sia stata pagata la prima rata di premio e che l'incasso sia andato a buon fine, si considera perfezionato quando il Contraente è messo a conoscenza dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia, ossia alla data in cui la Compagnia rilascia al Contraente la polizza o il Contraente riceve per iscritto, a mezzo raccomandata, la comunicazione di assenso della Compagnia ed relativo documento di polizza.

A. Contratti con questionario anamnestico (assenza di accertamenti sanitari)

Per i contratti che non prevedono accertamenti sanitari (visita medica), è richiesta la compilazione di un questionario anamnestico. In questi casi la copertura assicurativa entra in vigore alle ore 24 del giorno di decorrenza indicata in proposta e in polizza, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio, che l'incasso sia andato a buon fine e che la proposta, i documenti allegati ed il relativo questionario anamnestico siano stati compilati e sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato in ogni loro parte.

Se il versamento della prima rata di premio è effettuato dopo la data indicata in proposta, il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento.

Nel caso in cui la data di decorrenza del contratto coincida con la data di sottoscrizione della proposta (ed in ogni caso in cui la data di decorrenza sia precedente alla data in cui il contratto si perfeziona), la copertura assicurativa, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio e che l'incasso sia andato a buon fine, entra in vigore alle ore 24 del giorno in cui la proposta sia stata sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato (o alle ore 24 della data di decorrenza prescelta).

Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato dovesse avvenire tra l'entrata in vigore della copertura assicurativa e la data di perfezionamento del contratto, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario:

i. l'intero capitale caso morte indicato nella proposta di polizza, oppure
ii. l'eventuale capitale caso morte ridotto correlato al nuovo premio risultante dalla differenza tra il premio iniziale e il premio aumentato dell'eventuale sovrappremio che la Compagnia, nell'accettare la proposta, avrebbe richiesto in considerazione delle attività professionali e/o sportive svolte dall'Assicurato, e/o in considerazione delle condizioni di salute dello stesso dichiarate in proposta.

Resta inteso che è facoltà della Compagnia richiedere all'Assicurato di effettuare un qualsiasi accertamento sanitario e/o consegnare una qualsiasi documentazione sanitaria al fine di completare la valutazione del rischio. In tal caso, la copertura assicurativa rimane sospesa dalla data di richiesta di ulteriore documentazione sino alla data di emissione della polizza; qualora durante tale periodo, si dovesse verificare il decesso dell'Assicurato, la Compagnia provvederà a restituire il premio di rata al Contraente.

B. Contratti con accertamenti sanitari

Per i contratti che prevedono la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari, la copertura assicurativa entra in vigore, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio e che l'incasso sia andato a buon fine:

– alle ore 24 del giorno in cui il documento di polizza è emesso dalla Compagnia; ovvero
– alle ore 24 del giorno di decorrenza, indicata in proposta e in polizza, qualora questo sia successivo a quello di emissione del documento di polizza.

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

L'emissione del documento di polizza da parte della Compagnia avviene, a condizione che:
– la proposta di assicurazione e i documenti allegati siano compilati e sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato in ogni loro parte;
– la prima rata di premio sia stata pagata dal Contraente e che l'incasso sia andato a buon fine;
– l'Assicurato abbia effettuato tutti gli accertamenti sanitari, se richiesti dalla Compagnia;
– la Compagnia, ricevuta tutta la documentazione, abbia completato la valutazione della stessa e delle dichiarazioni e delle analisi sanitarie dell'Assicurando, comunicando al cliente, in caso di esito positivo della fase istruttoria, l'importo del premio dovuto comprensivo di sovrappremi.

• • •

Qualora il contratto non si sia ancora perfezionato (indipendentemente dal fatto che il contratto preveda la possibilità di limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico o la necessità di una verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari), la Compagnia liquiderà al Beneficiario il capitale caso morte assicurato della sola Assicurazione Principale (le eventuali Garanzie Aggiuntive richiamate in proposta si intendono escluse), con il limite massimo di importo liquidabile pari ad Euro 600.000,00 (seicentomila/00), qualora il decesso dell'Assicurato- purché intervenuto dopo la sottoscrizione della proposta di polizza da parte del Contraente e dell'Assicurato e sempre che la prima rata di premio sia stata pagata e ricevuta dalla Compagnia - sia una conseguenza diretta di infortunio.

Per infortunio si deve intendere l'evento dovuto a causa fortuita improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Nel momento in cui il contratto si perfeziona, qualora si dovesse verificare il decesso dell'assicurato, la Compagnia provvederà a liquidare il capitale assicurato indicato sul documento di polizza secondo quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione.

Nel caso in cui la Compagnia dovesse comunicare per iscritto al Contraente la non accettazione del rischio, la Compagnia provvederà a restituire il premio di rata versato e nulla sarà dovuto per la morte conseguenza diretta di infortunio.

Ai fini dell'applicabilità del presente articolo, sia in presenza che in assenza di visita medica, sono in ogni caso fatte salve le ipotesi di esclusione dalla copertura assicurativa di cui al successivo art. 6 punto A.

Ugualmente, il presente articolo non troverà applicazione:
(i) secondo quanto previsto dal successivo art. 6 punto B nel caso in cui la morte sia dovuta a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa correlata o
(ii) in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti rese nella proposta.

Art. 3. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte, veritiere e complete.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare, la limitazione o l'esclusione della copertura assicuraiva, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In particolare:

a) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:
   - il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento;
   - la contestazione della validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui la Compagnia stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
b) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:
   - la riduzione, in caso di sinistro, della prestazione assicurata in relazione al maggior rischio accertato;

- la facoltà di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla sua riattivazione, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, di alterazione dolosa o omissione della verità. In tal caso sarà applicato il punto a) che precede. Inoltre, l'inesatta indicazione della data di nascita dell'Assicurato comporta la rettifica delle prestazioni assicurate in base alla data corretta.
Le dichiarazioni, rese dal Contraente e dall'Assicurato o acquisite dalla Compagnia, all'atto della sottoscrizione di ulteriori contratti di assicurazione stipulati con la Compagnia stessa, non liberano, il Contraente e l'Assicurato, dall'obbligo di fornire dichiarazioni esatte complete e veritiere con riferimento al presente contratto di assicurazione.
Il Contraente è altresì tenuto a comunicare alla Compagnia ogni eventuale cambiamento di cittadinanza e/o residenza fiscale entro 30 giorni dalla variazione.

Art. 4 – Prestazioni assicurate con l'Assicurazione Principale
A fronte della garanzia del pagamento del capitale assicurato come di seguito specificato, il Contraente pagherà, sempre che l'Assicurato sia in vita, il premio annuo per tutta la durata prevista nel contratto di assicurazione. L'Assicurazione Principale prevede le seguenti prestazioni:

a) Prestazione in caso di morte
In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto in qualsiasi epoca successivamente all'entrata in vigore dell'Assicurazione ed entro la durata contrattuale, la Compagnia paga al Beneficiario designato in polizza il capitale caso morte assicurato, fatto salvo quanto previsto al successivo art. 6, a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi. Dalla data di decesso dell'Assicurato l'Assicurazione Principale cesserà di produrre effetto (comprese le eventuali Garanzie Aggiuntive) .

b) Prestazione in caso di Invalidità Grave e Permanente
(valida SOLO se espressamente richiamata in proposta e in polizza)
La prestazione per Invalidità Grave e Permanente garantisce all'Assicurato il pagamento del capitale caso morte assicurato in caso di sua Invalidità Grave e Permanente, come specificato al successivo art. 7 in qualsiasi epoca avvenga entro la durata contrattuale, a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi. Una volta riconosciuto lo stato di Invalidità Grave e Permanente l'Assicurazione Principale cesserà di produrre effetto (comprese le eventuali Garanzie Aggiuntive).

c) Prestazione in caso di Living Needs Benefit - "Beneficio in Vita"
(valida SOLO se espressamente richiamata in proposta e in polizza)
La prestazione per Living Needs Benefit - "Beneficio in Vita" garantisce all'Assicurato il pagamento anticipato del capitale caso morte assicurato, qualora l'Assicurato abbia una malattia terminale che comporti un'aspettativa di vita di sei mesi o meno, o necessiti del trapianto di un organo vitale in mancanza del quale gli rimarrebbero sei mesi o meno di vita, come specificato al successivo art. 10, in qualsiasi epoca avvenga entro la durata contrattuale diminuita di 12 mesi, a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi. Una volta riconosciuto il "Beneficio in Vita" l'Assicurazione Principale cesserà di produrre effetto (comprese le eventuali Garanzie Aggiuntive).

Si precisa che le coperture assicurative dell'Assicurazione Principale non sono operative nei casi previsti dagli articoli 2, 3 e 6 delle Condizioni di assicurazione.

NOTA BENE: Qualora non si verifichi la morte o l'Invalidità Grave e Permanente o non venga riconosciuto il Beneficio in Vita dell'Assicurato entro la durata contrattuale, il contratto si intenderà estinto ed i premi versati resteranno acquisiti definitivamente dala Compagnia.

Art. 5 – Beneficiario
Il Contraente designa il Beneficiario e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.
La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o contenute in un testamento valido.

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

1) dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
2) dopo la morte del Contraente (il Contraente ha tuttavia la possibilità di dichiarare la propria volontà rispetto all'eventuale trasferimento ad un soggetto terzo della titolarità della polizza in caso di propria premorienza. Tale dichiarazione potrà contenere il conferimento al nuovo Contraente della piena facoltà di disporre della polizza, anche per quanto riguarda il riscatto, l'apposizione di pegno o vincolo e la variazione dei Beneficiari precedentemente designati);
3) dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

Nei casi di irrevocabilità della designazione, le operazioni di pegno o vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Art. 6 – Limitazioni alla prestazione in caso di decesso

A. Esclusioni rischio di morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato. E' esclusa dalla garanzia soltanto la morte causata da:

– dolo del Contraente o del Beneficiario;
– partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi o colposi;
– partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari. L'arrivo dell'Assicurato in un paese in situazione di guerra o similari o l'insorgenza di detta situazione comporta dopo 14 giorni l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa. La copertura non opererà tuttavia per l'incidente di volo;
– incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, anche se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
– suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla eventuale riattivazione dell'assicurazione;
– 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;
– guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizione in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi.

In questi casi la Compagnia liquiderà il solo importo dei premi versati, calcolati al momento della morte dell'Assicurato, al netto dei costi indicati nella sezione "Quali costi devo sostenere?" del DIP Aggiuntivo Multirischi.

B. Altre Limitazioni

1. Limitazioni in assenza di visite mediche.

Questo contratto prevede la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari. È possibile, a determinate condizioni (prestazione assicurata, età dell'Assicurato), limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico da allegare alla proposta allegata nel Set Informativo.

Decorsi sei mesi dalla entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla sua eventuale riattivazione, la polizza è incontestabile per reticenze o dichiarazioni erronee rese dal Contraente e dall'Assicurato nella proposta di assicurazione e negli altri documenti, **salvo il caso di alterazione dolosa o omissione della verità. In tal caso sarà applicato l'art. 3, lett. a) che precede. è fatta salva in ogni caso la rettifica della prestazione assicurata in base all'età reale dell'Assicurato, se diversa da quella dichiarata in proposta.**
In ogni caso si richiede al Contraente di leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario anamnestico.

2. Carenza in assenza del test HIV

In assenza del test HIV è convenuto che, qualora la morte dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o ad altra patologia

ad essa collegata, la Compagnia non riconoscerà il pagamento del capitale assicurato caso morte tuttavia qualora il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi, corrisponderà il solo importo dei premi versati al netto dei costi indicati nella sezione "Quali costi devo sostenere?" del DIP Aggiuntivo Multirischi.

Art. 7 – Definizioni di Invalidità Grave e Permanente e durata

Per Invalidità Grave e Permanente si intende una delle seguenti condizioni:

a) coma irreversibile;
b) perdita anatomica totale e permanente di entrambi gli arti superiori a partire dal polso;
c) perdita anatomica totale e permanente di entrambi gli arti inferiori a partire dal collo del piede;
d) perdita anatomica totale e permanente di uno degli arti superiori a partire dal polso, unitamente ad uno degli arti inferiori a partire dal collo del piede;

La durata della presente copertura è pari a quella dell'Assicurazione Principale e si estingue automaticamente nei casi di estinzione della copertura dell'Assicurazione Principale. In caso di sospensione della medesima, la copertura IGP è sospesa fino alla eventuale riattivazione dell'Assicurazione Principale.

Art. 8 – Denuncia di Invalidità Grave e Permanente

Il Contraente, il Beneficiario, l'Assicurato o il suo legale rappresentante, verificatesi le condizioni di cui al precedente art. 7, invieranno alla Direzione della Compagnia **una denuncia scritta allegando sia la dichiarazione del medico curante attestante lo stato di salute dell'Assicurato, sia la documentazione sanitaria completa relativa all'evento, fermo restando il diritto della Compagnia di chiedere, se necessario, ulteriore documentazione sanitaria.**

Il Contraente, il Beneficiario, l'Assicurato o il suo legale rappresentante, a richiesta della Compagnia, hanno l'obbligo, **sotto pena di decadenza dai diritti derivanti dalla presente assicurazione**, di:

– rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Compagnia per l'accertamento dello stato di Invalidità Grave e Permanente;
– consentire che la Compagnia accerti con medici di sua fiducia e a sue spese lo stato di Invalidità Grave e Permanente dell'Assicurato.

Art. 9 – Riconoscimento dello stato di Invalidità Grave e Permanente

Qualora la Compagnia riconosca lo stato di Invalidità Grave e Permanente, il capitale assicurato sarà liquidato all'Assicurato o al suo legale rappresentante entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta e delle eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie. L'Assicurazione Principale, una volta riconosciuto lo stato di Invalidità Grave e Permanente, cesserà di produrre i suoi effetti e la Compagnia restituirà gli eventuali premi pagati successivamente alla data di denuncia dell'Invalidità Grave e Permanente alla Compagnia.

Fino a quando l'Invalidità Grave e Permanente non è riconosciuta o non è stata definitivamente accertata, il Contraente è tenuto a proseguire il versamento dei premi. Una volta riconosciuto lo stato di IGP, la Compagnia restituirà i premi pagati successivamente alla denuncia dell' IGP.

Il capitale assicurato non viene liquidato nei casi in cui l'Invalidità Grave e Permanente derivi da dolo dell'Assicurato o del Contraente o nei casi di esclusione previsti nell'art. 6 delle presenti Condizioni di assicurazione.

L'Assicurazione Principale, così come le Garanzie Aggiuntive, cesseranno di produrre effetti automaticamente una volta eseguito il pagamento dell'Invalidità Grave e Permanente.

Art. 10 – Definizione e Prestazione assicurata di Living Needs Benefit - "Beneficio in Vita"

La presente copertura, se espressamente richiamata i proposta e in polizza, garantisce la liquidazione anticipata del capitale assicurato caso morte nei seguenti casi:

– se all'Assicurato viene diagnosticata una malattia terminale che, a giudizio del medico nominato da la Compagnia e del medico curante dell'Assicurato, comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di sei mesi o meno;
– se l'Assicurato necessita del trapianto di uno dei seguenti organi vitali: cuore, polmoni, fegato, midollo osseo, in mancanza del quale rimarrebbero all'Assicurato sei mesi o meno di vita.

La Compagnia, nei suddetti casi, corrisponderà all'Assicurato l'importo che si ottiene:

a) scontando, per un periodo pari a sei mesi, il capitale assicurato dell'Assicurazione Principale in vigore alla data del riconoscimento dello stato di malattia terminale;
b) detraendo dall'ammontare così ottenuto le rate di premio lordo eventualmente dovute sull'Assicurazione Principale nei sei mesi successivi alla data di riconoscimento dello stato di malattia terminale.

Il tasso di interesse utilizzato ai punti a) e b) precedenti è uguale al tasso tecnico previsto nel calcolo del premio dell'Assicurazione Principale.

Art. 11 – Durata del Living Needs Benefit - "Beneficio in vita"
La durata della presente copertura è pari a quella dell'Assicurazione Principale diminuita di 12 mesi e si estingue automaticamente nei casi di estinzione della copertura dell'Assicurazione Principale. In caso di sospensione della medesima, la copertura LNB è sospesa fino alla eventuale riattivazione dell'Assicurazione Principale.

Art. 12 – Denuncia dello stato di malattia terminale e obblighi relativi Living Needs Benefit "Beneficio in Vita"
Verificatesi le condizioni di cui al precedente art. 10, il Contraente o l'Assicurato possono farne denuncia alla Direzione di la Compagnia tramite il modulo di "Denuncia Sinistro Living Needs Benefit
– Beneficio in Vita" allegando la dichiarazione del medico curante, attestante lo stato di salute dell'Assicurato e la documentazione sanitaria completa relativa all'evento.

A richiesta della Compagnia, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente copertura, hanno l'obbligo di:
– rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dallla Compagnia per l'accertamento dello stato di malattia terminale;
– consentire che la Compagnia accerti con medici di sua fiducia e a sue spese lo stato di malattia terminale dell'Assicurato.

Art. 13 – Riconoscimento dello stato di malattia terminale Living Need Benefit - "Beneficio in Vita"
Qualora la Compagnia riconosca lo stato di malattia terminale così come definito al precedente art. 12 il Living Needs Benefit verrà liquidato all'Assicurato entro un termine massimo di 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta e di eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.

In caso di decesso dell'Assicurato prima del pagamento del Living Needs Benefit la Compagnia provvederà a liquidare il Capitale caso morte ai Beneficiari designati.
Qualora invece la malattia non venga riconosciuta come terminale ai sensi del precedente art. 10 o comunque lo stato di malattia terminale non sia stato definitivamente accertato e comunicato, il Contraente è tenuto a proseguire il versamento dei premi.
Accertato lo stato di malattia terminale, verrà restituito l'importo dei premi pagati scaduti posteriormente alla data di denuncia della malattia stessa.

L'Assicurazione Principale e le Garanzie Aggiuntive cesseranno di produrre effetti automaticamente una volta eseguito il pagamento del Living Needs Benefit.

Per quanto riguarda i rischi esclusi dal Living Needs Benefit si applicano le esclusioni previste dai precedenti articoli 2, 3 e 6.

Art. 14 – Premio dell'Assicurazione Principale
Il Contraente, sempre che l'Assicurato sia in vita, pagherà il premio, annuo anticipato per tutta la durata del contratto.

All'atto della sottoscrizione del contratto il Contraente sceglie una delle seguenti opzioni:
a) mantenere inalterate le prestazioni assicurate ricalcolando il premio annuo in base all'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale dell'assicurazione;
b) mantenere inalterato il premio annuo ricalcolando le prestazioni assicurate in base all'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale dell'assicurazione.

L'opzione scelta è modificabile da parte del Contraente con frequenza triennale.
La richiesta di modifica deve essere inviata dal Contraente almeno 90 giorni prima della ricorrenza triennale in cui l'opzione può essere esercitata.

L'importo del premio si determina annualmente in base all'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato, all'ammontare

della prestazione assicurata con l'Assicurazione Principale. Il premio inoltre, varia secondo lo stato di salute, l'attività professionale e quella sportiva.

È previsto un premio annuo minimo di 150,00 euro, relativamente alla copertura TCM (Temporanea Caso Morte). Si precisa che il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali e semestrali e che in tal caso, la rata minima non può essere inferiore a 100,00 euro.

Il premio annuo anticipato è dovuto dal Contraente per tutta la durata del contratto ma non oltre la morte o l'Invalidità Grave e Permanente o dal riconoscimento del "Beneficio in Vita, dell'Assicurato, se previsti nel contratto.
Le rate di premio devono essere pagate alle scadenze pattuite mediante addebito sul proprio conto corrente bancario.

Le spese del pagamento del premio gravano su chi lo effettua.

È ammessa una dilazione di 30 giorni, senza oneri ed interessi, durante i quali la copertura assicurativa rimane in vigore.
Il Contraente non può opporre, a giustificazione del mancato pagamento del premio, il mancato ricevimento di avviso di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

La Compagnia si riserva di chiedere al Contraente e/o all'Assicurato ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario ai fini della corretta determinazione e valutazione da parte della Compagnia stessa del rischio assicurativo, dell'ammontare del capitale assicurato e del premio, oltre che per assolvere a specifici adempimenti previsti dalla normativa nel tempo vigente.

Si precisa che l'importo del premio totale annuo indicato in proposta di assicurazione è al netto di eventuali ulteriori sovrappremi calcolati dalla Compagnia nel corso della fase istruttoria, a seguito della valutazione delle dichiarazioni e delle eventuali analisi sanitarie fatte dall'Assicurato. In tal caso, l'importo complessivo del premio totale annuo relativo all'ammontare del capitale assicurato così risultante sarà comunicato al Contraente dalla Compagnia.

Qualora il Contraente non dovesse corrispondere il nuovo premio totale annuo determinato (o, la differenza tra il nuovo premio e il premio indicato in proposta qualora avesse già versato quest'ultimo) il capitale assicurato iniziale sarà ricalcolato e ridotto in base alla differenza tra il nuovo premio e il premio indicato in proposta.

Il Contraente può richiedere, al proprio Intermediario o al Servizio Clienti, chiarimenti in ordine agli elementi che concorrono a determinare il premio.

Art. 15 – Mancato pagamento del premio: risoluzione del contratto
Il pagamento del premio - o di una rata, se il premio è frazionato - deve essere effettuato entro 30 giorni dalla data di scadenza pattuita.
Nel caso in cui, nel corso della durata del contratto, il Contraente non corrisponda un'annualità di premio - o una rata, se il premio è frazionato - entro il termine previsto, il contratto è sospeso dalla Compagnia.
Una volta che il contratto è sospeso, la garanzia assicurativa non è più operativa e il Contraente può chiedere la riattivazione del contratto secondo quanto previsto dal successivo art. 18.
Si precisa che qualora il Contraente non richieda la riattivazione, il contratto è risoluto di diritto con la perdita definitiva della copertura assicurativa e dei premi versati.

In tutti i casi di estinzione dell'Assicurazione Principale le Garanzie Aggiuntive decadono e i premi restano acquisiti dalla Compagnia.
A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Compagnia o l'Intermediario, non gli abbia inviato avvisi di scadenza.

Art. 16 – Revoca della proposta
Ai sensi dell'art. 176 CAP il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima del perfezionamento del contratto, che avviene nel momento in cui la Compagnia rilascia al Contraente la polizza o comunica per iscritto allo

stesso il proprio assenso, mediante lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. Gli obblighi assunti dal Contraente e dalla Compagnia cessano dal ricevimento della comunicazione del Contraente di revoca della proposta da parte della Compagnia. Qualora il Contraente avesse già eseguito il versamento del premio dovuto, la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà il premio pagato al Contraente stesso, con diritto di recuperare i costi indicati nella sezione "Quali costi devo sostenere?" del DIP Aggiuntivo Multirischi, le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato indicate nella proposta di assicurazione, se sostenute dalla Compagnia.

Art. 17 – Diritto di recesso
(Articolo valido per l'Assicurazione Principale e per le Garanzie Aggiuntive rami danni)
Ai sensi dell'art. 177 CAP il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data in cui si è perfezionato. Il Contraente deve richiedere il recesso per iscritto, mediante lettera raccomandata. La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio da quest'ultimo pagato, con diritto di recuperare i costi indicati nella sezione "Quali costi devo sostenere?" del DIP Aggiuntivo Multirischi, le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato indicate nella proposta di assicurazione, se sostenute dalla Compagnia.
La Compagnia tratterrà per l'operazione di recesso 50,00 euro, in relazione alle spese sostenute per l'emissione del contratto ai sensi dell'art. 177 CAP.

Art. 18 – Riattivazione dell'Assicurazione Principale
Il Contraente può riattivare il contratto sospeso mediante il pagamento del premio - o di tutte le rate di premio - arretrato aumentato degli interessi calcolati sulla base del saggio annuo di riattivazione, nonché in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione. Per saggio annuo di riattivazione si intende il tasso che si ottiene aggiungendo 3 punti percentuali alla misura annua di rivalutazione determinata, ai sensi della Clausola di Rivalutazione, alla ricorrenza semestrale della polizza alla quale ciascuna rata arretrata si riferisce, con un minimo del saggio legale di interesse determinato dal Ministero del Tesoro.
La riattivazione è automatica se la Compagnia riceve il versamento di quanto dovuto dal Contraente entro 3 mesi dalla data di scadenza del pagamento.

Oltre tale periodo la riattivazione può avvenire, entro un ulteriore termine massimo di 3 mesi, soltanto previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può, a sua discrezione, richiedere all'Assicurato nuovi accertamenti sanitari (il cui costo è a carico del Contraente) e/o altra documentazione e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.

La riattivazione del contratto avviene alle ore 24 del giorno di ricevimento da parte della Compagnia del pagamento dell'importo dovuto. A partire dalla sua riattivazione, il contratto prevede le normali prestazioni, fatto salvo, in ogni caso, quanto disposto dalle Condizioni di Assicurazione in ordine alla validità delle garanzie assicurative.
La riattivazione del contratto non può essere esercitata limitatamente ad una sola delle garanzie assicurate.
Trascorso il periodo di sospensione senza che il contraente abbia versato quanto dovuto, lo stesso non è più riattivabile. In questo caso il contratto si risolve ed i premi pagati vengono acquisiti dalla Compagnia.

Art. 19 – Cessione - Pegno - Vincolo
Il Contraente può cedere ad altri il contratto così come può darlo in pegno o comunque vincolare
le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando La Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, abbia emesso la relativa appendice. In presenza di un pegno o di un vincolo il pagamento di qualsiasi prestazione, da parte della Compagnia, richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Art. 20 – Pagamento delle prestazioni
La Compagnia richiede, al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento delle prestazioni e di individuarne gli aventi diritto, la consegna preventiva – unitamente alla richiesta scritta di liquidazione e dei seguenti documenti:
in caso di morte dell'Assicurato:
– certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;

– copia del codice fiscale e del documento di identità valido del Beneficiario;
– relazione medica attestante le cause della morte;
– originale (o copia autenticata) della cartella clinica se esistente;
– qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) sul quale viene indicato se il Contraente stesso ha lasciato o meno testa mento e quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire; per capitale liquidabile non superiore a 50.000,00 euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.
  In caso di esistenza di testamento, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e l'atto notorietà devono riportare gli estremi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;
– originale (o copia autenticata) del testamento se esistente;
– copia del verbale redatto dalle competenti autorità se la morte è dovuta ad infortunio o ad infortunio conseguente ad incidente stradale;
– modulo di identificazione del Beneficiario;
– modulo di attestazione di residenza fiscale (CRS).

in caso di Invalidità Grave e Permanente, di Living Needs Benefit, CRILL e LTC, in aggiunta agli altri documenti indicati nei relativi articoli:
– certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato;
– copia di un documento di identità valido dell'Assicurato.

Inoltre, nel caso i Beneficiari al pagamento delle prestazioni risultino minorenni o incapaci, decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo all'esercente la potestà sui minorenni o al rappresentante degli incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Compagnia da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

La documentazione sanitaria da inviare alla Compagnia, a supporto della richiesta di liquidazione, deve essere emessa esclusivamente da uno dei seguenti Paesi:
Paesi membri dell'Unione Europea, Andorra, Australia, Canada, Isole del Canale della Manica, Gibilterra, Hong Kong, Islanda, Isola di Man, Giappone, Liechtenstein, Monaco, Nuova Zelanda, Norvegia, San Marino, Arabia Saudita, Sud Africa, Svizzera, Turchia, Stati Uniti d'America.
In caso di documentazione emessa da Paesi diversi da quelli sopra elencati, alla Compagnia si riserva il diritto di non accettarla, o eventualmente di richiedere o effettuare ulteriori accertamenti sanitari.

Ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario potrà essere richiesta, solamente in relazione ad ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sui richiedenti.
Verificatosi l'obbligo di pagamento delle prestazioni, la Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta; decorso tale termine il Beneficiario può richiedere gli interessi moratori a partire dal termine stesso.
La liquidazione di importo superiore a 10 milioni di euro richiesta da un unico Contraente/Beneficiario o da più Contraenti/Beneficiari, collegati ad un medesimo soggetto anche attraverso rapporti partecipativi, sarà effettuata nell'arco dei tre mesi successivi alla richiesta di liquidazione frazionando l'importo da movimentare in più operazioni, ciascuna delle quali non potrà essere superiore ad euro 10 milioni e sarà effettuata a distanza di tre mesi dalla precedente.
Ogni pagamento viene effettuato con assegno o bonifico.

Art. 21 – Flash Benefit
In caso di morte dell'Assicurato, il Beneficiario ha la facoltà di esercitare il "Flash Benefit" inviando alla Direzione della Compagnia il modulo "Flash Benefit", con i relativi allegati, e l'originale del certificato di morte dell'Assicurato.

La Compagnia anticiperà parte del capitale assicurato caso morte dell'Assicurazione Principale, in vigore alla data della morte dell'Assicurato, entro 2 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione prevista.

La Compagnia anticiperà il 25% della prestazione assicurata in vigore alla data della morte, con un massimo di 20.000,00 euro, al Beneficiario designato, se persona fisica maggiorenne. In caso di più Beneficiari, il precedente importo sarà suddiviso nelle quote spettanti a ciascuno, secondo quanto indicato in polizza.

Nel caso l'Assicurato abbia più polizze, l'importo massimo liquidabile è di 20.000,00 euro (equamente suddiviso tra i diversi contratti).
Il pagamento sarà effettuato tramite assegno o bonifico.

La liquidazione della residua parte di capitale avverrà con le modalità e secondo le condizioni previste dalle Condizioni di assicurazione.
Qualora, in corso di istruttoria del sinistro, dovesse emergere l'applicabilità di esclusioni o limitazioni, ai sensi delle Condizioni di assicurazione, La Compagnia si riserva la facoltà di recuperare l'importo erogato a titolo di anticipazione.

Art. 22 – Legge applicabile al contratto
(Articolo valido per l'Assicurazione Principale e per tutte le Garanzie Aggiuntive)
Al contratto si applica la legge italiana.

Art. 23 – Lingua in cui è redatto il contratto
(Articolo valido per l'Assicurazione Principale e per tutte le Garanzie Aggiuntive)
Il contratto ed ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

Art. 24 – Tasse ed imposte
(Articolo valido per l'Assicurazione Principale e per tutte le Garanzie Aggiuntive)
Tasse e imposte relative al contratto, se previste, sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

Art. 25 – Non pignorabilità e non sequestrabilità
(Articolo valido per l'Assicurazione Principale e per tutte le Garanzie Aggiuntive)
Ai sensi dell'art 1923 del Codice Civile le somme dovute dalla Compagnia non sono pignorabili né sequestrabili.
Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (art. 1923 comma 2 del Codice Civile).

Art. 26 – Foro competente
(Articolo valido per l'Assicurazione Principale e per tutte le Garanzie Aggiuntive)
Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o di domicilio del Contraente/Assicurato/Beneficiario, purché sul territorio italiano.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE APPLICABILI ALLE GARANZIE AGGIUNTIVE RAMO VITA CRILL - LTC

Per tutte le Garanzie Aggiuntive (Ramo Vita) qui di seguito descritte trovano applicazione i seguenti articoli:

Art. A – Entrata in vigore
Le Garanzie Aggiuntive entrano in vigore a partire dall'entrata in vigore dell'Assicurazione Principale.

Art. B – Visite mediche
Presupposto per la sottoscrizione del contratto è l'accertamento dello stato di salute dell'Assicurato ed è pertanto necessario che lo stesso, a seconda dell'età assicurativa e della prestazione assicurata, compili e sottoscriva il questionario anamnestico o si sottoponga a specifiche visite mediche come riportato nella Proposta di Assicurazione.

Art. C – Premio delle Garanzie Aggiuntive
Il Contraente pagherà il premio annuo anticipato per tutta la durata dell'Assicurazione Principale. Il premio è

determinato in base:
- all'importo della prestazione assicurata;
- all'età raggiunta dell'Assicurato;
- allo stato di salute dell'Assicurato;
- all'attività professionale e sportiva svolta dall'Assicurato.

All'atto della sottoscrizione del contratto, il Contraente sceglie una delle seguenti opzioni:

a) mantenere inalterate le prestazioni assicurate ricalcolando il premio annuo in base all'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale dell'assicurazione;
b) mantenere inalterato il premio annuo calcolato alla decorrenza, fatto salvo quanto riportato all'Art. D "Modifica delle condizioni tariffarie", ricalcolando le prestazioni assicurate in base all'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale dell'assicurazione.

L'importo del premio si determina annualmente in base all'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato, all'ammontare delle prestazioni assicurate con le Garanzie Aggiuntive. Il premio inoltre, varia secondo lo stato di salute, l'attività professionale e quella sportiva.

Si precisa che l'importo del premio totale annuo indicato in proposta di assicurazione è al netto di eventuali ulteriori sovrappremi calcolati dalla Compagnia nel corso della fase istruttoria, a seguito della valutazione delle dichiarazioni e delle eventuali analisi sanitarie fatte dall'Assicurato. In tal caso, l'importo complessivo del premio totale annuo relativo all'ammontare del capitale assicurato così risultante, sarà comunicato al Contraente dalla Compagnia.

Art. D – Modifica delle condizioni tariffarie
La Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi. In tal caso la Compagnia si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità di polizza, il nuovo premio da pagare per l'annualità assicurativa successiva. Il Contraente potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio. Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale.

Il Contraente che non intenda accettare un eventuale aumento del premio dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 60 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta, applicando il tasso di premio aggiornato riferito all'età assicurativa raggiunta alla riscossione annua, all'ultimo premio corrisposto.

Art. E – Durata delle Garanzie Aggiuntive
La durata delle Garanzie Aggiuntive è pari alla durata contrattuale dell'Assicurazione Principale.

Art. F – Sospensione ed estinzione
In tutti i casi di sospensione ed estinzione dell'Assicurazione Principale, le Garanzie Aggiuntive restano sospese fino ad una eventuale riattivazione dell'Assicurazione Principale, fermo restando che in caso di mancata riattivazione, i relativi premi restano acquisiti dalla Compagnia.

Art. G – Riattivazione delle Garanzie Aggiuntive
La riattivazione dell'Assicurazione Principale comporterà la riattivazione delle Garanzie Aggiuntive.
Le Garanzie Aggiuntive entrano nuovamente in vigore alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto, con le seguenti modalità:

- Per la Garanzia Aggiuntiva CRILL, la riattivazione può avvenire entro il termine massimo di 6 mesi dalla data di scadenza della rata di premio non pagata, ma solo previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può richiedere all'Assicurato degli accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.
- Per la Garanzia Aggiuntiva LTC, la riattivazione può avvenire nei primi 3 mesi successivi alla data di scadenza della rata di premio non pagata. Oltre tale periodo la riattivazione può avvenire entro un ulteriore termine massimo di 3

mesi, ma solo previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può richiedere all'Assicurato degli accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.

Art. H – Richiamo alle Condizioni di Polizza
Per tutto ciò che non è previsto da queste condizioni valgono in quanto applicabili le Condizioni di assicurazione e le norme di legge in materia.

CONDIZIONI APPLICABILI ALLA GARANZIA AGGIUNTIVA CRITICAL ILLNESS (CRILL) "MALATTIE GRAVI"
(valida solo se espressamente richiamata in proposta e in polizza)

Art. 1 – Prestazione assicurata
La presente Assicurazione garantisce la liquidazione del capitale assicurato indicato in polizza per "malattia grave", qualora l'Assicurato venga colpito, entro la scadenza contrattuale, da una delle malattie gravi descritte al successivo articolo 2 e che abbia anche comportato un'invalidità permanente dell'Assicurato superiore al 5%.

Con il pagamento del capitale assicurato per "malattia grave", la presente garanzia si estingue e nulla è più dovuto qualora l'Assicurato venga in seguito colpito da altra "malattia grave"; la garanzia non sarà più operativa, mentre rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Garanzie Aggiuntive. Il Contraente è quindi tenuto a continuare a pagare i premi previsti dell'Assicurazione Principale e delle altre eventuali Garanzie Aggiuntive.

Se alla data di scadenza della copertura l'Assicurato non è stato colpito da una delle malattie gravi, di cui all'art. 2 che segue, la presente Garanzia Aggiuntiva si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

Art. 2 – Definizioni di "malattia grave"
Ai fini della presente garanzia, per "malattia grave" si intende esclusivamente una delle seguenti patologie, che abbia inoltre comportato una invalidità dell'Assicurato superiore al 5%, calcolata secondo quanto indicato all'art. 1 che precede:

a) Infarto miocardico
L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata (coronaropatia). La diagnosi deve essere corredata da cartella clinica con relativi esami cardiologici (elettrocardiogramma ed enzimi/markers cardiaci aumentati).
Inoltre, devono essere soddisfatti i seguenti tre criteri al fine di formulare la diagnosi di nuovo infarto miocardico acuto:
1) sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio;
2) nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto;
3) tipica elevazione degli enzimi/markers biochimici cardiaci.

b) Cancro
Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale, che eventualmente possono diffondersi ad altri organi (metastasi). Il termine "cancro" include anche la leucemia, il linfoma e la malattia di Hodgkin.
E' necessario che il cliente fornisca alla Compagnia un referto con la diagnosi di cancro unitamente a un'istologia attestante la malignità del tumore. Nel caso in cui non ci fosse alcun referto della suddetta patologia, è necessario il certificato medico di un oncologo che ne confermi la malignità. Tale documentazione verrà comunque valutata anche dal medico fiduciario della Compagnia.

c) Ictus cerebro-vascolare
L'ictus è definito come evento improvviso cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile del tessuto del cervello a causa di una emorragia cerebrale, embolia cerebrale, trombosi cerebrale o emorragia sub aracnoidea. E' necessario che la diagnosi sia confermata da un neurologo tramite esame clinico, dopo che siano trascorsi almeno tre mesi dalla data dell'insorgenza dell'evento, che attesti una compromissione significativa e permanente della funzione

neurologica e dal quale si devono riscontrare chiari ed evidenti deficit neurologici sia di tipo motorio che sensoriale. La diagnosi deve essere anche corredata da una RMN (risonanza magnetica nucleare) o da una TAC (tomografia assiale computerizzata) o da un esame del liquido cerebrospinale, tali da confermare l'ictus recente.

Art. 3 – Condizioni di assicurabilità - Limiti di età

L'età minima dell'Assicurato è 18 anni, mentre l'età massima è 55 anni. L'età massima dell'Assicurato alla scadenza è pari a 70 anni.

Art. 4 – Carenza

Nel caso in cui i limiti di età e di capitale assicurato, come indicato nella tabella presente in proposta, prevedano la compilazione del Questionario Anamnestico, la Compagnia applicherà un periodo di carenza di 180 giorni, dalla data di perfezionamento della polizza.

Nessuna prestazione verrà pagata per la garanzia "malattie gravi" se durante i primi 180 giorni dalla data effetto della garanzia:

- l'Assicurato presentasse segni e/o sintomi o si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una delle malattie gravi coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi; oppure:
- all'Assicurato venisse diagnosticata una delle "malattie gravi" coperte.

In caso di insorgenza di una delle "malattie gravi" durante il periodo di carenza, sempreché il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà al Contraente i premi versati per la presente garanzia, al netto dei costi indicati nella sezione "Quali costi devo sostenere?" del DIP Aggiuntivo Multirischi e la garanzia non sarà più operativa , mentre rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Garanzie Aggiuntive.

Art. 5 – Esclusioni

Per quanto riguarda i rischi esclusi dalla "malattia grave", si applicano le esclusioni previste dall'art. 3 e 6 delle Condizioni di assicurazione dell'Assicurazione Principale.

Sono inoltre escluse:

a) in caso di infarto miocardico tutte le diagnosi che non rientrano nella definizione dell'art. 2 di cui sopra come ad esempio lo scompenso cardiaco, l'angina, la miocardite, l'infarto miocardico conseguente ad un qualsiasi intervento sulle arterie coronariche (angioplastica coronaria o by–pass coronarico);
b) in caso di cancro tutte le diagnosi che non rientrano nella definizione dell'art. 2 di cui sopra devono ritenersi escluse, come ad esempio tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, precancerosi o non–invasivi, qualsiasi lesione descritta come carcinoma in–situ, i cancri localizzati della prostata (istologicamente descritti dalla classificazione TNM Sesta Edizione del 2002 come stadio inferiore a T2N0M0 o allo stadio equivalente di un altro sistema di valutazione riconosciuto), qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma, melanomi sottili che all'esame istologico presentino un livello di Clark inferiore al III o inferiore a 1.0 mm secondo Breslow, tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 1cm di diametro e istologicamente descritti come T1 dalla AJCC Sesta Edizione della classificazione TNM in assenza di metastasi, leucemia linfocitica cronica (LLC) inferiore allo stadio RAI 3.
c) in caso di ictus cerebrovascolare tutte le diagnosi che non rientrano nella definizione dell'art. 2 c) di cui sopra devono ritenersi escluse, come ad esempio l'attacco ischemico transitorio (TIA) e le emorragie sub aracnoidee traumatiche (ESA).

Inoltre è escluso il pagamento della prestazione nei seguenti casi:

- per tutti i sinistri di "malattia grave" derivanti da eventi post–traumatici;
- "malattia grave" insorta in precedenza della stipula del contratto;
- morte dell'Assicurato entro 30 giorni dalla prima diagnosi della "malattia grave";
- abuso di alcool, nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e, sostanze psico trope e simili;
- la pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, speleologia, immersioni subacquee, automobilismo, motociclismo, salti con sci o idrosci, sport aerei (ad esempio deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio);
- malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di effetto delle garanzie sottaciute alla Compagnia con dolo o colpa grave.

Art. 6 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi

Verificatasi la "malattia grave", a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi all'evento, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece, deve farne denuncia alla Compagnia entro 180 giorni dalla data in cui sia stata diagnosticata la "malattia grave" mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.
Trascorso questo termine la Compagnia si riserva il diritto di non liquidare il capitale assicurato in caso di malattia grave.
Alla denuncia di sinistro, compilata sull'apposito modulo firmato dal medico curante, deve essere allegata la dichiarazione del medico specialista attestante lo stato di salute dell'Assicurato, la documentazione sanitaria relativa all'evento e il certificato di esistenza in vita dell'Assicurato. Le dichiarazioni del medico specialista e la documentazione sanitaria da inviare alla Compagnia, a supporto della richiesta di liquidazione, devono essere emessi esclusivamente da uno dei seguenti Paesi:
Paesi membri dell'Unione Europea, Andorra, Australia, Canada, Isole del Canale della Manica, Gibilterra, Hong Kong, Islanda, Isola di Man, Giappone, Liechestein, Monaco, Nuova Zelanda, Norvegia, San Marino, Arabia Saudita, Sud Africa, Svizzera, Turchia, Stati Uniti d'America.
In caso di documentazione emessa da Paesi diversi da quelli sopra elencati, la Compagnia si riserva il diritto di non accettarla, o eventualmente di richiedere o effettuare ulteriori accertamenti sanitari.

A richiesta della Compagnia, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente Assicurazione, ha l'obbligo di:
– rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta della Compagnia per l'accertamento dello stato di "malattia grave";
– fornire ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenesse opportuno richiedere;
– consentire alla Compagnia di accertare con medici di sua fiducia lo stato di malattia dell' Assicurato.

La Compagnia comunica, entro il termine massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione prevista dal presente articolo se intende riconoscere o meno il sinistro "malattia grave".

Art. 7 – Controversia e Collegio Arbitrale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e dei relativi criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.
La richiesta di Collegio Medico arbitrale è effettuata con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, entro 30 giorni dalla comunicazione del rifiuto da parte della Compagnia all'indennizzo.
Il Collegio Medico ha sede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo, il Collegio Medico ha sede 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.
Ove ne riscontri l'opportunità, è data facoltà al Collegio Medico di rinviare l'accertamento definitivo dello stato dello stato di salute ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.
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, salvi 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 rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Art. 8 – Obblighi antecedenti il riconoscimento del sinistro "malattia grave"

Finché il sinistro "malattia grave" non sia stato definitivamente accertato, il Contraente è tenuto a proseguire il pagamento dei premi .
Accertato il sinistro "malattia grave", verrà restituito l'importo dei relativi premi pagati e scaduti posteriormente alla data di denuncia del sinistro della presente garanzia e nessun premio successivo sarà dovuto ai sensi della presente Assicurazione. Il Contraente è tenuto a continuare a pagare i premi previsti dell'Assicurazione Principale e delle altre eventuali Garanzie Aggiuntive.

Art. 9 – Pagamento del capitale

Qualora la Compagnia riconosca il diritto all'indennizzo della "malattia grave", così come definita al precedente articolo 2, verrà liquidato all'Assicurato il capitale assicurato previsto in proposta e polizza, come specificato di seguito:

- nei casi di ictus la liquidazione del sinistro può essere fatta dopo almeno tre mesi dalla data di insorgenza dell'evento;
- in tutti gli altri casi entro un termine massimo di 30 giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione richiesta comprese le eventuali integrazioni che si dovessero ritenere necessarie.

la Compagnia richiede, al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento delle prestazioni e di individuarne gli aventi diritto, la consegna preventiva - unitamente alla richiesta scritta di liquidazione - dei seguenti documenti:

– denuncia di sinistro, compilata sull'apposito modulo firmato dal medico curante;
– la dichiarazione del medico specialista attestante lo stato di salute dell'Assicurato;
– la documentazione sanitaria relativa all'evento;
– certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato;
– copia di un documento di identità valido dell'Assicurato.

In caso di morte dell'Assicurato in fase di liquidazione del sinistro, quindi di decesso avvenuto almeno dopo 30 giorni dall'evento ma prima dell'erogazione del pagamento, il capitale verrà versato agli eredi dell'Assicurato e fra loro ripartito secondo le regole successorie.

Nel caso gli eredi dell'Assicurato, beneficiari del pagamento delle prestazioni risultino minorenni o incapaci, la Compagnia richiede la consegna preventiva del decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione, in capo al legale rappresentante dei minorenni o incapaci, a riscuotere la somma dovuta, con esonero della Compagnia da ogni responsabilità in ordine al pagamento, nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

Ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario verrà richiesta, solamente in relazione ad ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.
Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sui richiedenti.

CONDIZIONI APPLICABILI ALLA GARANZIA AGGIUNTIVA LONG TERM CARE (LTC) "NON AUTOSUFFICIENZA"
(valida solo se espressamente richiamata in proposta e in polizza)

Art. 1 – Prestazione assicurata

La presente Garanzia Aggiuntiva garantisce l'erogazione a favore dell'Assicurato di una rendita vitalizia pagabile in rate mensili posticipate, nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza, come descritto al successivo Art. 2 e fintanto che si trovi in tale stato.
L'importo della rendita mensile assicurabile varia da un minimo di 500,00 euro ad un massimo di 3.000,00 euro mensili, in base a quanto previsto in proposta e polizza.

Con il pagamento della prestazione assicurata per "non autosufficienza", la garanzia accessoria si estingue e nulla è più dovuto. Il Contraente è tenuto a continuare a pagare i premi previsti dell'Assicurazione Principale e delle eventuali Garanzie Aggiuntive.
Se alla data di scadenza della garanzia aggiuntiva l'Assicurato non è stato colpito dalla "non autosufficienza", la presente copertura si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

Art. 2 - Definizione dello stato di non autosufficienza

È ritenuta non autosufficiente la persona il cui stato di salute comporti l'impossibilità di compiere in autonomia almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana (di seguito elencate) in maniera presumibilmente **permanente e irreversibile:**

1. **Lavarsi:** la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
2. **Vestirsi e Svestirsi:** la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. **Andare al bagno ed usarlo:** la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc);
4. **Spostarsi:** la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona;
5. **Continenza:** la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
6. **Alimentarsi:** la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

Art. 3 – Condizioni di assicurabilità - Limiti di età

L'età minima dell'assicurato è 18 anni, mentre l'età massima è 65 anni. L'età massima dell'Assicurato alla scadenza è pari a 70 anni.

Art. 4 - Carenza

La garanzia in caso di perdita di autosufficienza prevista dal presente Contratto è operante alle seguenti condizioni di carenza:

- per infortunio: nessuna carenza;
- per malattia: lo stato di perdita di autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da un anno dalla data di decorrenza del contratto;
- per malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Parkinson, Alzheimer, demenza senile, sclerosi multipla): lo stato di perdita di autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da tre anni dalla data di decorrenza del contratto.

In caso di perdita di autosufficienza da parte dell'Assicurato durante i periodi di carenza sopra indicati, la Compagnia corrisponderà al Contraente i premi versati per la presente garanzia al netto dei costi indicati nella sezione "Quali costi devo sostenere?" del DIP Aggiuntivo Multirischi e la garanzia non sarà più operativa, mentre rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Garanzie Aggiuntive.

la presente copertura è sottoposta ad un periodo di franchigia di 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza"

Art. 5 - Esclusioni

Il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi:

- Dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario;
- Patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc...);
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi o colposi;
- Atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
- Atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- Infortunio che avvenga quando l'Assicurato si trova in stato di ebrezza caratterizzato da un tasso alcolico uguale o superiore al tasso autorizzato dal codice della strada in vigore alla data del sinistro;
- Malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- Rifiuto di seguire le prescrizioni mediche;
- Incidente aereo tranne se in qualità di passeggero di una linea aerea debitamente abilitata al trasporto pubblico dei passeggeri e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio;
- Contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- Sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- Pratica delle seguenti attività sportive, alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo,

motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob, slittino;
- Partecipazione dell'Assicurato a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- Svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

In questi casi, non è prevista alcuna prestazione.
Non sono assicurabili coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Art. 6 - Denuncia di sinistro e obblighi relativi
La richiesta di pagamento rivolta alla Compagnia deve essere accompagnata dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.
In caso si verifichi lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, l'Assicurato stesso o chi per suo conto, dovrà darne avviso con lettera raccomandata alla Compagnia.
La denuncia deve essere accompagnata da tutta la documentazione necessaria per verificare lo stato di salute dell'Assicurato: certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica dello stato di non autosufficienza, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.
La Compagnia accerterà lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere ulteriori esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso e si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione di carattere sanitario, non prevista nelle presenti Condizioni delle Garanzie Aggiuntive in considerazione di particolari esigenze istruttorie.
Le spese relative all'acquisizione di tale ulteriore documentazione gravano direttamente sui richiedenti.

La rendita sarà corrisposta se lo stato di "non autosufficienza" dell'Assicurato risulterà confermato in maniera definitiva, ovvero tale da escludere la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso.
La Compagnia esegue il pagamento per la prestazione in caso di non autosufficienza secondo le modalità di cui all' Art. 8.

Art. 7 - Obblighi antecedenti il riconoscimento del sinistro di "non autosufficienza"
Finché il sinistro per lo stato di non autosufficienza non sia stato definitivamente accertato, il Contraente è tenuto a proseguire il pagamento del premio pattuito per tutta la durata prevista. Accertato il sinistro per lo stato di non autosufficienza, verrà restituito l'importo dei premi relativi alla presente garanzia aggiuntiva, pagati e scaduti posteriormente al periodo di franchigia di 90 giorni dopo la denuncia dello stato di non autosufficienza e nessun premio successivo, relativo alla presente garanzia aggiuntiva, sarà dovuto ai sensi della presente Assicurazione.
Il Contraente è tenuto a pagare i premi previsti dell'Assicurazione Principale e delle altre eventuali Garanzie Aggiuntive.

Art. 8 - Pagamento della prestazione
La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia, accompagnata dalla documentazione di cui al precedente Art. 6, oltre alla copia di un documento d'identità valido dell'Assicurato.
Per il ricorso ad un'eventuale procedura arbitrale si rimanda al successivo Art. 11.

La prestazione di rendita avrà inizio, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di franchigia) a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza. Qualora gli accertamenti per lo stato di non autosufficienza necessitino di più di 90 giorni, all'atto dell'accertamento verranno erogate le eventuali rate di rendita arretrate e non erogate.
Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non autosufficienza, e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il suddetto periodo di franchigia, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata.
Decorsi 90 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato.

La rendita vitalizia non è riscattabile, è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.
Nel caso in cui l'Assicurato deceda prima che lo stato di non autosufficienza sia stato accertato, verranno comunque erogate ai suoi eredi le eventuali rate di rendita, se dovute, maturate fino alla data del decesso dell'Assicurato, e la somma risultante verrà fra loro ripartita secondo le regole successorie.

Nel caso gli eredi dell'Assicurato, beneficiari del suddetto pagamento, risultino minorenni o incapaci, la Compagnia richiederà la consegna preventiva del Decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata, contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o degli incapaci a riscuotere la somma dovuta, con esonero della Compagnia da ogni responsabilità in ordine al pagamento, nonché all'eventuale reimpiego, della somma stessa. L'incapacità a compiere gli atti della vita quotidiana deve essere presumibilmente permanente, tuttavia se l'Assicurato dovesse riacquistare l'autosufficienza, cessa l'erogazione della prestazione prevista e le rendite precedentemente erogate, ma non dovute, dovranno essere restituite alla Compagnia.
In caso di perdita dell'autosufficienza nel periodo di carenza si rinvia al precedente Art. 4.
Il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le condizioni di carenza riportate all'Art. 4 e le esclusioni indicate all'Art. 5.
Inoltre la Compagnia richiede, al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento della prestazione assicurata, ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza il certificato di esistenza in vita dell'Assicurato.

Art. 9 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza
L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo lettera raccomandata, il recupero dello stato di autosufficienza.
La Compagnia si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Assicurato non autosufficiente da un proprio medico di fiducia, e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di non autosufficienza.
In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della somma assicurata può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento.

Qualora durante l'erogazione della rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza, il pagamento della rendita assicurata viene interrotto e le rendite precedentemente erogate, ma non dovute, dovranno essere restituite alla Compagnia.

Art. 10 - Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato
In caso di decesso dell'Assicurato il contratto si estingue e nulla è dovuto dalla Compagnia, per la presente Garanzia Aggiuntiva, e qualora il decesso si verifichi durante l'erogazione della rendita, la rendita stessa verrà interrotta dalla data del decesso.

Art. 11 - Controversie e Collegio Medico Arbitrale
Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e dei relativi criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.
La richiesta di Collegio Medico arbitrale è effettuata con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, entro 30 giorni dalla comunicazione del rifiuto da parte della Compagnia all'indennizzo.
Il Collegio Medico ha sede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo, il Collegio Medico ha sede 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.
Ove ne riscontri l'opportunità, è data facoltà al Collegio Medico di rinviare l'accertamento definitivo dello stato dello stato di salute ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.
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, salvi 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 rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE APPLICABILI ALLE GARANZIE AGGIUNTIVE RAMO DANNI CONDIZIONI APPLICABILI ALLA GARANZIA AGGIUNTIVA INFORTUNI E MALATTIA (INF)

(valida solo se espressamente richiamata in proposta e in polizza)

Art. 1 - Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione
L'effetto dell'assicurazione è dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati regolarmente pagati.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione rimane sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello di scadenza e ritorna in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 2 - Proroga dell'assicurazione
In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, con lettera raccomandata, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente, salvo quanto disposto dall'art. 3 - Recesso in caso di sinistro. In caso di mancato rinnovo non vige il beneficio di cui all'art. 1901, comma 2, del Codice Civile.

Art. 3 - Recesso in caso di sinistro
Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto all'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso mediante lettera raccomandata. Il diritto di recesso non opera in caso di sinistro per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia.
Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione. Il recesso esercitato dalla Compagnia ha efficacia dopo 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. In tutti i casi entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la Compagniarimborsa al Contraente la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso per le garanzie cessate ed al netto delle imposte.

Art. 4 - Assicurazione presso diversi assicuratori
Il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso scritto alla Compagnia dell'esistenza e della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, o rischi analoghi ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso a tutte le Compagnie assicuratrici interessate indicando a ciascuna di esse il nome delle altre. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra consente alla Compagnia di non corrispondere l'Indennizzo.
Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicazione nel caso in cui le altre garanzie infortuni derivino da polizze automaticamente contratte con la titolarità di carte di credito, conti correnti bancari ed altri servizi simili.

Art. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni
Le dichiarazioni inesatte e/o reticenti del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, **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.**
Tutte le modifiche o comunicazioni inerenti il contratto di assicurazione dovranno essere effettuate per iscritto con lettera raccomandata da ambo le parti.

Art. 6 - Anticipata risoluzione
Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 5 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni" e 7 "Persone non assicurabili", spetta alla Compagnia, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicura zione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Art. 7 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione della polizza siano affette da alcolismo, insulinodipendenza, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita, sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi. Al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare - indipendentemente dall'effettiva valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Compagnia di corrispondere l'indennizzo.

Art. 8 - Rinuncia al diritto di rivalsa

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

Art. 9 - Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Il premio della garanzia Invalidità Permanente da Malattia è determinato in funzione dell'età dell'Assicurato.
Ove prestata tale garanzia, in occasione di ogni ricorrenza annuale del contratto, il corrispettivo premio si adegua applicando i coefficienti per età.

Art. 10 - Assicurazione per conto altrui

Quando la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 11 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali derivanti dal contratto di assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 12 - Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o di domicilio del Contraente.

Art. 13 - Legge applicabile

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per quanto non previsto nel presente contratto, valgono le norme di legge.

Art. 14 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art .15 - Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n. 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.
La polizza è pertanto assoggettata a imposte pari al 2,5% del premio. Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

Art. 16 - Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione, come disciplinato dall'art. 2952 del Codice Civile, si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Avvertenza: resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Compagnia ha diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Sezione Infortuni

Alla Garanzia Aggiuntiva Danni, Infortuni e Malattia, si applicano le condizioni speciali di seguito riportate:

1. Norme che regolano l'assicurazione Infortuni

Art. 17 - Oggetto dell'assicurazione

Sono assicurate le conseguenze degli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in polizza e nello svolgimento di ogni altra attività senza carattere di professionalità, salvo quanto riportato al capitolo "Delimitazioni ed esclusioni" purché avvenute in forza di contratto e che lo stesso sia indennizzabile ai termini di polizza.

In particolare, sono offerte le seguenti garanzie:

- *Invalidità Permanente da Infortunio;*
- *Morte da Infortunio;*
- *Inabilità temporanea da infortunio (solo per lavoratori autonomi);*
- *Diaria da Ricovero;*
- *Diaria da Gessatura;*

Le garanzie sono operanti unicamente se richiamate in polizza, ove risulti indicata la somma assicurata e siano stati corrisposti i relativi premi.

Sono considerati Infortuni anche:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali o punture di insetti, escluse la malaria, le malattie tropicali e nonché le conseguenze delle punture di zecca;
- le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad Infortuni garantiti a termini delle Condizioni di Assicurazione;
- l'annegamento e l'affogamento;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini, salvo quanto previsto al capitolo "Altre garanzie (sempre operanti)";
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da Infortunio;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche e l'improvviso contatto con corrosivi.

Sono inoltre compresi gli Infortuni:

- avvenuti in stato di malore e/o incoscienza;
- conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- derivanti da tumulti popolari, atti di vandalismo, terrorismo, attentati, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria.

Art. 18 - Attività diverse da quella dichiarata

Qualora nel corso del contratto si verifichi un cambiamento dell'attività professionale dichiarata in polizza, l'Assicurato deve darne tempestiva comunicazione all'Intermediario a cui è assegnata la polizza o alla Compagnia.

Se l'Infortunio si verifica nello svolgimento di una attività diversa da quella dichiarata in polizza:

- l'Indennizzo è corrisposto integralmente, se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'Indennizzo è corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella sotto riportata, se la diversa attività aggrava il rischio.

	Classe	Attività Professionale Dichiarata			
		1	2	3	4
Attività Professionale al momento del sinistro	1	100	68	59	44
	2	100	100	87	65
	3	100	100	100	75
	4	100	100	100	100

Per la valutazione del livello di rischio delle attività professionali, si fa riferimento alla Classificazione riportata nell'allegato 1) - Classificazione delle attività professionali.
In caso di attività eventualmente non specificate all'interno della stessa classificazione saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata. Per le persone la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nei gruppi riportati nell'allegato 1), l'assicurazione è prestata esclusivamente previa autorizzazione della Compagnia risultante da apposito atto dichiarativo.

Premesso che la Compagnia non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione se fosse stata a conoscenza del cambiamento di attività professionale, non sarà corrisposto alcun Indennizzo qualora l'attività svolta dall'Assicurato al momento dell'Infortunio rientri nel seguente elenco:

- atleta sportivo professionista;
- pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili;
- sub professionista, sommozzatore, palombaro;
- minatore, professionista a contatto con radioisotopi o esplosivi;
- militare di corpi armati dello Stato, agente di Polizia, guardia giurata;
- guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo;
- stuntman, controfigura, circense.

Garanzie prestate nell'ambito della Garanzia Aggiuntiva Infortuni

NOTA BENE: per ciascun Assicurato saranno operanti unicamente le garanzie richiamate in polizza, ove risulti indicata la somma assicurata e sia stato corrisposto il relativo premio.

Art. 19 - Invalidità Permanente da Infortunio
Se l'Infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente che si verifichi entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio stesso purché avvenuto durante la validità del contratto e che lo stesso sia indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia liquida un indennizzo proporzionale alla somma assicurata, determinato come da criteri specificati al paragrafo successivo e calcolato come da Tabella di indennizzo indicata in polizza.

Art. 19.1 - Accertamento del grado
Il grado di Invalidità Permanente è accertato sulla base delle percentuali stabilite nella Tabella di valutazione medico-legale indicata in polizza. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione della funzionalità, le percentuali sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità è stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. Nei casi non specificati sopra, il grado di Invalidità si determina secondo la loro gravità comparata a quella dei casi elencati nella Tabella di valutazione medico-legale. In caso di mancinismo, per le menomazioni degli arti superiori, le percentuali di Invalidità previste per il lato destro si applicano per il lato sinistro e viceversa.

Art. 19.2 - Determinazione dell'indennizzo
L'indennizzo si determina applicando il grado di Invalidità Permanente accertata alla Tabella di indennizzo indicata in polizza. La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla corrispondente somma assicurata.
Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia,

se l'Assicurato decede per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, ma non sia stato ancora corrisposto il relativo importo, la Compagnia paga agli eredi dell'Assicurato, l'importo liquidato od offerto.

Art. 20 - Morte da Infortunio
Se l'infortunio ha per conseguenza la morte e questa si verifichi anche successivamente, entro 2 anni dall'Infortunio, e sia indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati.

Art. 20.1 - Morte presunta
Se a seguito di annegamento o di incidente della circolazione terrestre, navigazione marittima o aerea purché avvenuta durante la validità del contratto e che lo stesso sia indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non viene più ritrovato ma se ne presuma la morte, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso Morte. Tale liquidazione è subordinata alla condizione che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla presentazione della domanda di morte presunta, ai sensi degli articoli 60 e 62 del Codice Civile.
Qualora successivamente al pagamento dell'Indennizzo si abbiano notizie sicure dell'esistenza in vita dell'Assicurato, la Compagnia ha diritto alla restituzione dell'Indennizzo corrisposto. L'Assicurato potrà far valere i propri diritti per le lesioni eventualmente subite se indennizzabili ai termini delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 21 - Inabilità temporanea da infortunio (solo per lavoratori autonomi)
Se l'Infortunio ha per conseguenza l'Inabilità temporanea dell'Assicurato ed essendo la stessa indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia, per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun sinistro, liquida la diaria giornaliera indicata in polizza secondo le seguenti modalità:
100% della somma assicurata per Inabilità Temporanea per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica mediante certificato medico di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza; 50% per Inabilità Temporanea per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate, ***in ogni caso previa detrazione della Franchigia fissa e assoluta pari a 7 giorni.***
La garanzia Inabilità temporanea non è operante per gli Infortuni occorsi durante l'esercizio di attività sportive, effettuate con tesseramento presso le relative Federazioni.
Tale garanzia è operante nel caso in cui l'Assicurato non sia classificabile come lavoratore dipendente o non lavoratore, alla data dell'infortunio. Nel caso in cui l'Assicurato perda la qualifica alla presente garanzia nel corso della durata della polizza a causa di un cambio dello stato lavorativo, lo stesso dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia ed avrà diritto alla restituzione della parte di premio non goduta al netto delle imposte.

Art. 22 - Diaria da Ricovero
La Compagnia rimborsa il 100% della diaria assicurata per ogni giorno di ricovero reso necessario da infortunio per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun sinistro. Il giorno di entrata e quello di uscita dalla struttura sono considerati come un giorno ai fini della liquidazione. Nulla viene liquidato in caso di Day Hospital.
La Compagnia corrisponde una diaria da convalescenza pari al 50% della diaria da ricovero assicurata. La diaria da convalescenza viene corrisposta per un numero di giorni pari a quelli del ricovero, fino ad un massimo di 50 giorni per evento. Analogamente a quanto avviene per la diaria da ricovero, anche in caso di convalescenza nulla viene liquidato in caso di Day Hospital. La diaria viene corrisposta indipendentemente dall'avvenuta prescrizione medica.

Art. 23 – Diaria da Gessatura
La Compagnia rimborsa il 100% della diaria assicurata per ogni giorno di gessatura reso necessario da infortunio per un periodo massimo di 50 giorni per evento, con o senza ricovero in Istituto di cura. Per Gessatura si intende l'apparecchiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico. Si considera equiparata a gessatura l'immobilizzazione totale conseguente a frattura radiologicamente accertata del bacino, del femore, dell'anca, delle costole, della colonna vertebrale, frattura cranica, che si considera necessaria per inapplicabilità della gessatura.

Altre garanzie

Art. 24 - Morte contestuale
Qualora in un medesimo evento si verifichi la morte per Infortunio di entrambi i genitori assicurati con la presente polizza, la Compagnia corrisponde ai figli minorenni o invalidi civili, espressamente indicati in polizza quali beneficiari, l'Indennizzo spettante per ciascun genitore aumentato del 100%. In qualsiasi caso, l'Indennizzo complessivo per evento non può essere superiore a 1.600.000 euro.

Art. 25 - Rotture Tendinee sottocutanee
A parziale deroga del paragrafo "Esclusioni" del capitolo "Delimitazioni ed esclusioni", relativamente agli esiti di rottura sottocutanea di:
- tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non);
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;
- cuffia dei rotatori;

la Compagnia liquida il grado di Invalidità pari al 3% con il massimo di 5.000 euro, senza l'applicazione delle Franchigie eventualmente previste una sola volta nell'arco di validità della polizza.

Art. 26 - Rimpatrio Salma
Qualora la morte da Infortunio dell'Assicurato avvenga al di fuori del territorio della Repubblica Italiana e dello Stato Città del Vaticano, la Compagnia rimborsa le spese sostenute dai beneficiari per il rimpatrio della salma fino a un massimo di € 5.000,00 per singola persona assicurata.

Delimitazioni

Art. 27 - Esclusioni (operanti per tutte le garanzie)
L'assicurazione non è operante in caso di Morte da Infortunio, Invalidità Permanente ed Inabilità Temporanea conseguenti ad infortuni accaduti prima della data di effetto dell'assicurazione, Diaria da ricovero e Diaria da gessatura.

Sono esclusi dall'assicurazione gli Infortuni conseguenti:
1) ***alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti;***
2) ***all'uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma; a corse, gare e relative prove ed allenamenti di manifestazioni sportive di rilievo internazionale. L'esclusione non si applica in caso di corse podistiche e regate veliche svolte nelle acque interne europee e nel bacino del Mediterraneo;***
3) ***alla pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;***
4) ***alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore. L'esclusione non si applica per gli Infortuni subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che l'Assicurato stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'Infortunio; l'assicurazione si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'Infortunio stesso;***
5) ***a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio, ad eccezione dei medici e/o infermieri in servizio di emergenza e/o pronto soccorso;***
6) ***all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, downhill bike, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate;***

7) ***alla guida di veicoli e natanti a motore, quando il livello di alcolemia dell'Assicurato supera i limiti previsti dalla Legge;***
8) ***all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;***
9) ***a delitti dolosi dell'Assicurato e/o dei beneficiari, ad atti di autolesionismo e al suicidio;***
10) ***alla partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, rivoluzioni, atti di terrorismo;***
11) ***a inondazioni, alluvioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, insurrezioni, fatti di guerra;***
12) ***a stato di guerra, quando l'Assicurato si trovi già all'estero e gli Infortuni si siano verificati dopo 14 giorni dallo scoppio degli eventi bellici e in tutti i casi in cui l'Assicurato si rechi volontariamente in Paesi interessati da operazioni belliche;***
13) ***a dirette o indirette trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.). A contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico;***
14) ***ad infarti ed ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini (salvo quanto previsto al capitolo "Altre garanzie sempre operanti" al paragrafo "Rotture tendinee sottocutanee").***

Art. 28 - Criteri di calcolo e di valutazione dell'Indennizzo

Il grado di Invalidità Permanente verrà accertato sulla base della Tabella di valutazione medico-legale Inail, indicata in polizza così come riportato negli allegati 2

La Compagnia liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alla franchigia indicata in polizza così come riportato nelle Tabelle degli allegati 3 e 4.

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 3% della totale per quanto riguarda l'allegato 3.

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 5% della totale per quanto riguarda l'allegato 4.

Art. 29 - Franchigia attività sportive

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio nello svolgimento di gare ed allenamenti delle seguenti attività sportive esercitate a carattere non professionistico sotto tesseramento presso le relative Federazioni: calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, l'Indennizzo dell'Invalidità Permanente è determinato applicando la tabella di liquidazione - Invalidità Permanente con Franchigia 5% senza supervalutazione.

Art. 30 - Limiti di età

I limiti di età minima alla stipula del contratto e l'età massima a scadenza sono riportati per ciscuna garanzia nella seguente tabella:

	Garanzia	Età minima all'ingresso	Età massima a scadenza
	Copertura Infortuni e Malattia		
INF	Morte da Infortunio	18	70
INF	Invalidità Permanente da Infortunio	18	70
INF	Invalidità Permanente da Malattia	18	65
INF	Inabilità Temporanea da Infortunio	18	65
INF	Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio	18	70
INF	Diaria da Gesso	18	70
	Garanzia Assistenza		
ASS	Assistenza	18	(*)

(*) L'età massima a scadenza è in relazione alla garanzia aggiuntiva scelta (INF - RSM)

Sezione Malattia
Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia

NOTA BENE: Garanzia valida solo se espressamente richiamata in polizza e sia indicata la somma assicurata e sia stato corrisposto il relativo Premio.

Art. 31 - Oggetto dell'assicurazione
È assicurata l'Invalidità Permanente conseguente a Malattia, di grado superiore al 22% secondo i criteri di seguito indicati, manifestatasi successivamente alla data di effetto della polizza e non oltre la data della sua cessazione, secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono, purché non conseguente o complicanza diretta o indiretta di stati patologici pre-esistenti, avvenuta in forza di contratto e che la stessa sia indennizzabile ai termini di polizza. Per accedere alla copertura assicurativa, l'Assicurato deve obbligatoriamente compilare un questionario sanitario che forma parte integrante delle polizza così come l'eventuale ulteriore documentazione medica acquisita per la valutazione del rischio.

Art. 32 - Accertamento del grado di Invalidità Permanente da Malattia
Il grado di Invalidità Permanente da Malattia è accertato nel periodo compreso tra i 6 e i 24 mesi dalla data di denuncia della malattia, sulla base delle tabelle contenute nel D.M. n° 38 del 12 Luglio 2000 (Tabelle INAIL).

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente non possa essere determinata sulla base dei valori riportati nella tabella menzionata, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, nella quale è diminuita la capacità dell'Assicurato ad adempiere a un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.
Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 22% della totale.

Qualora l'Invalidità Permanente accertata sia di grado superiore al 22%, la Compagnia liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali:

Grado di invalidità accertata	Percentuale da liquidare	Grado di invalidità accertata	Percentuale da liquidare
Da 1 al 22	0	45	40
23	2	46	42
24	2	47	44
25	3	48	46
26	4	49	48
27	6	50	50
28	8	51	53
29	10	52	56
30	12	53	59
31	14	54	62
32	16	55	65
33	18	56	68
34	20	57	71
35	22	58	74
36	24	59	77
37	26	60	80
38	28	61	83
39	29	62	86
40	30	63	89
41	32	64	92
42	34	65	95
43	36	Dal 66 al 100	100
44	38		

Art. 33 - Determinazione dell'Indennizzo

L'Indennizzo si determina applicando il grado di Invalidità Permanente da Malattia accertato alla Tabella di indennizzo indicata in polizza. La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla somma assicurata. Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente da Malattia è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato decede dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, ma non sia stato ancora corrisposto il relativo importo, la Compagnia paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.

Delimitazioni

Art. 34- Esclusioni

L'assicurazione non è operante per le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione nonché per quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti.

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

1) Malattie mentali, malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;
2) A.I.D.S.; sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), HIV o patologie HIV-correlate;
3) intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
4) malattie tropicali, malaria e punture di zecca;
5) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
6) trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
7) contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico;
8) malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della polizza;
9) esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, downhill bike, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate.

Art. 35 - Decorrenza della garanzia - Termini di carenza

La garanzia vale per le Invalidità permanenti conseguenti a Malattia manifestatasi dopo il 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione.
Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza con garanzia Invalidità Permanente da Malattia riguardante lo stesso Assicurato, i termini di cui sopra operano:

- dal giorno in cui ha avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente polizza, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

Art. 36 - Limiti di età

Garanzia Invalidità Permanente da Malattia

Non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino il 65° anno d'età. Resta inteso che qualora l'Assicurato compia il 65° anno di età durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, l'assicurazione cessa alla scadenza annua di polizza successiva al compimento del 65° anno d'età.
Età all'ingresso 18 anni.

Norme operanti in caso di sinistro
Infortuni / Invalidità Permanente da Malattia

Art. 37 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Il sinistro Infortuni o Malattia deve essere denunciato dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto entro 5 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato oppure dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, e comunque non oltre 2 anni dalla data di cessazione della polizza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 Codice Civile.

La denuncia del sinistro, con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato e corredata di certificato medico, di cartelle cliniche complete e ogni altra documentazione utile alla valutazione del sinistro deve essere fatta per iscritto alla Struttura Operativa o alla Compagnia inoltrando la documentazione a:

Ufficio Liquidazioni Pramerica INFORTUNI
c/o Previmedical S.p.A.
Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

In caso di ingiustificato ritardo della denuncia, la Compagnia riconosce l'indennità giornaliera da Inabilità temporanea, ove prestata, a partire dal giorno successivo a quello dell'inoltro della denuncia stessa.

Gli eventuali successivi prolungamenti dell'Inabilità temporanea devono essere tempestivamente comunicati mediante l'invio di apposito certificato medico.

Qualora l'Infortunio comporti il decesso dell'Assicurato, o qualora questo sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne data immediata comunicazione per iscritto alla Compagnia o alla Struttura Operativa provvedendo altresì alla presentazione, della copia della cartella clinica completa, certificato di morte, il verbale delle autorità giudiziarie.

La Compagnia si riserva di richiedere all'Assicurato, i suoi familiari o agli aventi diritto ulteriore documentazione qualora lo ritenesse necessario per la definizione del sinistro.

Le spese relative a certificati medici, cartelle cliniche e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o gli aventi diritto devono acconsentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno o hanno avuto in cura l'Assicurato.

La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assicurati 24 ore su 24, 365 giorni l'anno ai seguenti recapiti:

800.99.17.74 da telefono fisso (numero verde)
199 287164 da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata)
+39 04221744 215 per chiamate dall'estero

Art. 38 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia Infortuni

La Compagnia corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio denunciato. Qualora l'Infortunio colpisca una persona che non è fisicamente integra o sana, non è indennizzabile quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

Art. 39 - Per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata. Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti. Le Invalidità permanenti da Malattia già accertate non sono oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Qualora la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità sia già stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità è effettuata quindi in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Art. 40 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione (cartelle cliniche, esami specialistici, certificazioni mediche, ricevute o fatture di pagamento in originale), espletate tutte le indagini richieste e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia

determina l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, ricevuta notizia della loro accettazione, si impegna a disporre il pagamento entro 15 giorni da quest'ultima. Qualora non ci sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'Indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico, provvede al pagamento dell'importo dalla stessa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio medico.

Qualora dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità Permanente, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza delle lesioni subite, si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e la somma assicurata per il caso Morte, qualora questa sia superiore. La Compagnia non esige il rimborso nel caso contrario.

Art. 41 - Controversie - Collegio Medico Arbitrale

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze invalidanti del sinistro, nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità previsti dalle Condizioni di Assicurazione, può essere demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.
Il Collegio medico risiede nella città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato, salvo che le Parti, in alternativa, concordino di scegliere la città sede della direzione della Compagnia o la città sede dell'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la polizza. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di 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.
È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno.

Allegati

Allegato I - Classi di rischio delle attività professionali

Il premio di assicurazione è calcolato in base alla professione dichiarata dall'Assicurato che si identifica con quella risultante dall'elenco seguente in corrispondenza delle quattro classi di rischio. Qualora oltre all'attività professionale principale l'Assicurato svolga un'attività secondaria con carattere continuativo, anche se non prevalente, occorre darne atto alla Compagnia e si dovrà applicare il premio di tariffa relativo all'attività di maggior rischio, con classe tariffaria successiva.

CLASSE 1

Descizione Attività Professionale
Abbattitori di piante
Addetti a centri elaborazione dati
Addetti alla produzione di formaggi e prodotti caseari
Addetti in imprese di pulizia con o senza uso di impalcature esterne Agenzia di recapito (fattorini)
Agricoltori che lavorano manualmente
Allevatori di bestiame o di altri animali che prestano opera manuale Antennisti (installatori di antenne radio-TV)
Argentieri/doratori Bidelli
Carabinieri, guardie di finanza, guardie doganali, guardie portuali, pubblica sicurezza Collaudatori di veicoli e natanti a motore
Concessionari auto-motoveicoli (addetti di) Corniciai
Custodi/portieri di stabili, alberghi, musei e simili Esercito, marina militare ed aviazione
Fantini

Ferramenta, colori e vernici, accessori per autoveicoli
Giocattoli, articoli sportivi (addetti alla produzione di) Gommisti/vulcanizzatori
Guardiacaccia, guardiapesca, guardie campestri, guardie forestali
Guardie notturne, giurate, guardie armate, portavalori, investigatori privati, guardie del corpo Imprenditori edili che possono prendere parte ai lavori
Incisori/coniatori Infermieri diplomati
Insegnanti di educazione fisica, sci, basket, tennis, scherma, ballo, atletica leggera Insegnanti di nuoto e bagnini
Istruttori di pratica (guida) di scuola guida Materassai
Mobilieri: fabbricazione mobili in ferro Palombari/sommozzatori
Saldatori Speleologi Veterinari Vetrai
Vigili del fuoco Vigili urbani

CLASSE 2

Descizione Attività Professionale
Abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti (addetti alla confezione o commessi presso) Addetti in lavanderia, pulisecco, tintorie e stirerie
Agenti di cambio o di borsa, agenti immobiliari Agenti di commercio
Agricoltori (proprietari, affittuari, ecc.) che non prendono parte ai lavori manuali Allevatori di bestiame o di altri animali che non prestano opera manuale
Altri artigiani (non inclusi in altre categorie indicate) con o senza uso di macchine Artisti di varietà, attori, musicisti, cantanti, agenti teatrali
Attrezzisti, macchinisti (settore spettacolo)
Autisti di autocarri e motocarri con carico e scarico
Autisti di autovetture in servizio privato, taxi, autonoleggio, autofunebri Avvocati e procuratori legali
Ballerini
Bambinaie, babysitter
Bar, caffè, bottiglierie, proprietari/addetti a birrerie, enoteche, paninoteche (addetti di) Calzolai
Camerieri
Carabinieri, guardie di finanza, guardie doganali, guardie portuali, pubblica sicurezza (personale amministrativo)
Casalinghe
Casalinghi (Addetti alla produzione di)
Commessi viaggiatori con trasporto e consegna merce Cuochi
Distributori automatici di carburante (gestori di) con operazioni di manutenzione, lavaggio e simili Facchini (portabagagli di piccoli colli) o addetti al carico e scarico di merci in genere (portuali, doganali, ecc.)
Fotografi anche all'esterno
Frutta e verdura, fiori e piante (addetti alla confezione e vendita di)

Impiegati tecnici

Geometri che accedono anche ai cantieri Impiegati tecnici
Lattonieri anche su impalcature e ponti Liberi professionisti (non medici) Marmisti e marmisti posatori a terra Muratori
Odontotecnici
Operai (dipendenti) e lavoratori dipendenti diversi da impiegati, quadri e dirigenti, con uso di macchine
Pensionati
Pescatori (pesca marittima costiera)
Restauratori e antiquari (con o senza uso di impalcature) Ristoranti, trattorie, pizzerie
Rivendita pane, latterie, pasticcerie e gelaterie senza produzione propria (addetti di) Salumerie, rosticcerie, macellerie, pescherie (addetti di)
Scultori/Intagliatori

CLASSE 3

Descrizione Attività Professionale
Agenti/ispettori di assicurazione

Albergatori con o senza prestazioni manuali
Architetti con accesso cantieri senza lavoro manuale
Articoli ed apparecchi fotografici e di ottica, dischi e musica, strumenti musicali (addetti alla produzione di)
Articoli igienico-sanitari con installazione (addetti alla produzione di) Autisti ambulanza
Autisti di autobus pubblici e da turismo o di autocarri e motocarri senza carico e scarico Autoriparatori (carrozzieri o meccanici)
Barbieri, parrucchieri da donna Benestanti senza particolari occupazioni Carpentieri in legno o ferro
Cartolerie, librerie, edicole (commessi ed addetti di)
Cave a giorno: proprietari o addetti che lavorano manualmente Clero (appartenenti al)
Conciai
Dirigenti occupati anche all'esterno con accesso a cantieri, ponti, impalcature ecc.
Distributori automatici di carburante (gestori di) senza operazioni di manutenzione, lavaggio e simili Domestici
Elettrauto
Elettricisti che lavorano anche o solo all' esterno di edifici ed a contatto anche con correnti ad alta tensione
Elettrodomestici, radio-TV, mobili, articoli igienico-sanitari: con o senza installazione ma esclusa la posa
Fabbri a terra o anche su impalcature e ponti Falegnami
Floricoltori Fonditori Geologi
Geometri occupati anche all'esterno ma senza accesso ai cantieri Giardinieri - Vivaisti
Giornalisti (cronisti, corrispondenti)
Imbianchini anche all'esterno di edifici e con uso di scale, impalcature e ponti Impiegati amministrativi in genere
Impiegati in agenzie d'affari, di pubblicità e di viaggi
Imprenditori in genere (non edili) che possono prendere parte ai lavori Ingegneri occupati anche all'esterno che accedono anche ai cantieri Litografi e tipografi
Magistrati
Mediatori di bestiame Medici
Mobilieri: fabbricazione mobili in legno Ortopedici (fabbricanti di apparecchi) Ostetriche
Panetterie, pasticcerie, gelaterie: per tutti compresa produzione propria (addetti di) Periti liberi professionisti occupati anche all'esterno
Restauratori e antiquari (esclusi mobili e senza uso di impalcature) Riparatori elettrodomestici e computer
Sarti
Tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori (addetti di) Topografi
Vetrinisti

CLASSE 4

Descrizione Attività Professionale
Addetti agli zoo Agronomi Allenatori sportivi
Amministratori di società Analisti chimici
Antiquari senza restauro
Architetti senza accesso ai cantieri
Articoli in pelle, calzature (addetti alla produzione di) Assistenti sociali
Autorimesse: esercenti, addetti a lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio ecc. Biologi/addetti a laboratori di analisi
Callisti, manicure, pedicure, estetisti
Cave a giorno con o senza uso di mine: proprietari o addetti che non lavorano manualmente Certificatori di bilancio e revisori dei conti
Commercialisti
Commessi viaggiatori senza trasporto e consegna merce Demolitori di autoveicoli
Diplomatici
Dirigenti occupati anche all'esterno escluso accessi a cantieri, ponti, impalcature ecc. Dirigenti occupati solo in ufficio
Disegnatori che frequentano anche ambienti di lavoro Disegnatori occupati solo in ufficio
Enologi ed enotecnici Farmacie e Farmacisti Fotografi solo in studio
Geometri occupati solo in ufficio Grafici
Guide turistiche

Idraulici solo all'interno di edifici o a terra
Imprenditori in genere che non lavorano manualmente Indossatori e modelli
Ingegneri occupati solo in ufficio
Insegnanti scolastici e docenti universitari Istruttori di teoria di scuola guida Magliaie
Notai
Oreficerie, orologerie, gioiellerie (addetti di)
Restauratori ed antiquari con restauro di mobili (addetti di) Scrittori
Studenti Tappezzieri Tornitori

Allegato 2 - Tabella Inail delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente

Tabella INAIL **Invalidità Permanente** **Allegato 1 D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124**		
Tipologia di sinistro	**Percentuale di Invalidità Permanente**	
	Destro	**Sinistro**
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	
Altre menomazione della facoltà visiva (vedasi relativa tabella)	-	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticaria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per la disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%

Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) Quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	25%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra di più ogni altro dito perduto è valutato il	3%	

Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%

Allegato 3 - Invalidità Permanente da Infortunio

Franchigia 3%

Grado di invalidità accertata	Percentuale da liquidare	Grado di invalidità accertata	Percentuale da liquidare
1	0	51	48
2	0	52	49
3	0	53	50
4	1	54	51
5	2	55	52
6	3	56	53
7	4	57	54
8	5	58	55
9	6	59	56
10	7	60	57
11	8	61	58
12	9	62	59
13	10	63	60
14	11	64	61
15	12	65	62
16	13	66	63
17	14	67	64
18	15	68	65
19	16	69	66
20	17	70	67
21	18	71	68
22	19	72	69
23	20	73	70
24	21	74	71
25	22	75	72
26	23	76	73
27	24	77	74
28	25	78	76
29	26	79	78
30	27	80	80
31	28	81	82
32	29	82	84
33	30	83	86

34	31	84	88
35	32	85	90
36	33	86	92
37	34	87	94
38	35	88	96
39	36	89	98
40	37	90	100
41	38	91	102
42	39	92	104
43	40	93	106
44	41	94	108
45	42	95	110
46	43	96	112
47	44	97	114
48	45	98	116
49	46	99	118
50	47	100	120

Allegato 4 - Invalidità Permanente da Infortunio

Franchigia 5%

Grado di invalidità accertata	Percentuale da liquidare	Grado di invalidità accertata	Percentuale da liquidare
1	0	51	46
2	0	52	47
3	0	53	48
4	0	54	49
5	0	55	50
6	1	56	51
7	2	57	52
8	3	58	53
9	4	59	54
10	5	60	55
11	6	61	56
12	7	62	57
13	8	63	58
14	9	64	59
15	10	65	60
16	11	66	61
17	12	67	64
18	13	68	65
19	14	69	66

20	15	70	67
21	16	71	68
22	17	72	69
23	18	73	70
24	19	74	71
25	20	75	72
26	21	76	73
27	22	77	74
28	23	78	76
29	24	79	78
30	25	80	80
31	26	81	82
32	27	82	84
33	28	83	86
34	29	84	88
35	30	85	90
36	31	86	92
37	32	87	94
38	33	88	96
39	34	89	98
40	35	90	100
41	36	91	102
42	37	92	104
43	38	93	106
44	39	94	108
45	40	95	110
46	41	96	112
47	42	97	114
48	43	98	116
49	44	99	118
50	45	100	120

CONDIZIONI APPLICABILI ALLA GARANZIA AGGIUNTIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE (RSM)

(valida solo se espressamente richiamata in proposta e in polizza)

Art. 1 - Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione

L'effetto dell'assicurazione è dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati regolarmente pagati.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione rimane sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello di scadenza e ritorna in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

In caso di mancato pagamento del premio trascorsi 90 giorni dalla scadenza verranno nuovamente applicati i termini di aspettativa di cui all'art. 15 a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto analogo riguardante gli stessi assicurati, le carenze operano soltanto in relazione alle nuove garanzie ed eccedenze di massimali eventualmente previste dal nuovo contratto.

Art. 2 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, con lettera raccomandata, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.

Art. 3 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto lo stesso rischio o rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Compagnia stessa. Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Compagnia 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.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Sanitari Integrativi.

Art. 4 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

Le dichiarazioni inesatte e/o reticenti del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, 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.

Tutte le modifiche o comunicazioni inerenti il contratto di assicurazione dovranno essere effettuate per iscritto con lettera raccomandata da ambo le parti.

Art. 5 - Anticipata risoluzione

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 4 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni" e 6 "Persone non assicurabili", spetta alla Compagnia, 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.

Art. 6 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione della polizza siano affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita. Al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare - indipendentemente dall'effettiva valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Compagnia di corrispondere l'indennizzo.

Art. 7 - Rinuncia al diritto di rivalsa

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

Art. 8 - Assicurazione per conto altrui
Quando la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 9 - Oneri fiscali
Gli oneri fiscali derivanti dal contratto di assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 10 - Foro competente
Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o di domicilio del Contraente.

Art. 11 - Legge applicabile
L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per quanto non previsto nel presente contratto, valgono le norme di legge.

Art .12 - Regime fiscale
Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n. 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.
La polizza è pertanto assoggettata a imposte pari al 2,5% del premio. Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

Art.13 - Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto
I diritti derivanti dal contratto di assicurazione, come disciplinato dall'art. 2952 del Codice Civile, si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Avvertenza: resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Compagnia ha diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 14 - Rischi esclusi dall'assicurazione per opzione 1, opzione 2 e opzione 3
L'assicurazione non è operante per:

1) ***le conseguenze, complicanze dirette o indirette di malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Sanitario (se non comprese mediante specifico atto contrattuale), nonché quelle sottaciute alla Compagnia all'atto della sottoscrizione però già conosciute e/o diagnosticate; qualora la copertura sia garantita "senza soluzione di continuità":***
   - ***in caso di sottoscrizione CON QUESTIONARIO SANITARIO per la precedente copertura sanitaria, resta comunque valido il questionario sanitario già compilato e sottoscritto dagli Assicurati (che formerà parte integrante della polizza), nonché le esclusioni specifiche da esso scaturite ed applicate dal precedente assicuratore. Restano comunque escluse le patologie preesistenti conosciute e diagnosticate alla data della prima sottoscrizione, anche se non dichiarate nel questionario sanitario sopra indicato.***

Restano invece incluse le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipula della polizza;

2) ***le conseguenze dirette ed indirette di infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura;***
3) ***le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;***
4) ***le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;***
5) ***le spese relative a prestazioni di logopedia e trattamenti fisioterapici (salvo se previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);***
6) ***le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;***

7) *le prestazioni non effettuate e fatturate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche;*
8) *i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale;*
9) *le prestazioni determinate da sieropositività diagnosticata, da sindrome da immunodeficienza acquisita H.I.V. e sindromi ad esse correlate;*
10) *gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;*
11) *gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;*
12) *gli infortuni causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;*
13) *le prestazioni necessarie a seguito di lesioni autoinflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;*
14) *gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;*
15) *gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);*
16) *gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;*
17) *le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;*
18) *le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;*
19) *le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;*
20) *trattamenti/interventi di chirurgia plastica ed estetica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati a scopo ricostruttivo :*
    - *anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;*
    - *a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;*
    - *a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per neoplasia maligna;*
21) *i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;*
22) *l'interruzione volontaria della gravidanza;*
23) *le cure e gli accertamenti odontoiatrici, le protesi dentarie e le cure ortodontiche rese necessarie da malattia salvo quanto previsto all'art. 19;*
24) *le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni congenite o difetti fisici preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo malformazioni congenite e difetti fisici relativi ai bambini di età inferiore ai 3 anni;*
25) *le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;*
26) *la correzione dei vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) se non prevista dall'Opzione Assicurativa prescelta;*
27) *i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);*
28) *protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di ricovero e Day Hospital con intervento chirurgico;*
29) *trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio;*
30) *lenti ed occhiali (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);*
31) *i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri).*

Art. 15 - Termini di aspettativa/Carenze
Trovano applicazione i seguenti periodi di carenza per opzione 1, opzione 2 e opzione 3.

- *Per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione.*
- *Per le malattie: dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.*
- *Per il parto: dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.*
- *Per le conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula del contratto sempre che NON conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipula: dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.*
- *Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.*

In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti, si applica quanto disposto dagli art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 16 - Limiti di età
L'assicurazione può essere stipulata a favore di persone con età massima all'ingresso di 74 anni ed età massima a scadenza di 75 anni.

È prevista la compilazione di un Questionario Sanitario per ciascuna persona assicurata. Per i minori provvederà un genitore.
Sono assicurabili le persone residenti in Italia e Città del Vaticano.

Art. 17 - Validità territoriale
L'assicurazione vale in tutto il mondo.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE
OPZIONE 1 - OPZIONE 2 - OPZIONE 3

Art. 18 - Oggetto dell'Assicurazione
La Compagnia rimborsa, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta le spese indicate negli articoli seguenti, rese necessarie da malattia (compreso il parto e l'aborto terapeutico) e/o infortunio avvenuto in corso di contratto.

I massimali si intendono prestati per persona e per anno assicurativo, qualora non diversamente indicato nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta.

Art. 19 - Prestazioni ospedaliere (Ricoveri)

A. <u>Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti di cura</u>

1. *<u>Ricovero con/senza intervento chirurgico:</u>*
a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, relativi al periodo di ricovero che comporti l'intervento chirurgico;
b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi solo in regime di ricovero con intervento chirurgico, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo del ricovero;
c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e

rieducativi solo a seguito di ricovero con intervento chirurgico, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
f. assistenza infermieristica privata individuale, nel limite di 50 euro al giorno per un massimo di 30 giorni per evento in caso di ricovero senza intervento chirurgico, ovvero senza alcun limite in caso di ricovero con intervento chirurgico;
g. trapianto: sono coperte le prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente.

2. Day Hospital con intervento chirurgico:

a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;
b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
f. assistenza infermieristica privata individuale.

3. Day Hospital senza intervento chirurgico:

a. l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
b. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

4. Intervento chirurgico ambulatoriale:

a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto concomitante con l'intervento;
c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti l'intervento;
d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali, effettuati nei giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento medesimo.

5. Parto cesareo e aborto terapeutico:

a. onorari equipe, i diritti di sala di parto, il materiale di intervento;
b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
c. retta di degenza. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);
e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
f. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti da 5a fino a 5f vengono rimborsate secondo il sub-massimale. Non viene applicato nessuno scoperto.

Le spese per eventuali interventi concomitanti con la medesima via di accesso (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: appendicectomia, cisti ovarica, laparocele, ernia ombelicale ecc.) sono rimborsabili nel limite del sub-massimale specifico per il Parto Cesareo.

6. *Parto fisiologico*:

a. onorari equipe, i diritti di sala di parto;
b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
c. retta di degenza. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);
e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
f. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuate nei giorni successivi al termine del ricovero e rese necessari dal parto.

Le spese di cui ai punti 6a fino a 6f vengono rimborsate secondo il sub-massimale. Non viene applicato nessuno scoperto.

7. Intervento chirurgico odontoiatrico (osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radicolari, adamantinoma e odontoma):

a. onorari medico specialista, implantologia dentale, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto relativo all'intervento;
b. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 30 giorni precedenti il ricovero;
c. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche effettuate nei 30 giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

Le spese di cui ai punti 7a fino a 7c vengono rimborsate nel limite massimo di 5.000 euro.
Per gli interventi effettuati non in totale regime di convenzione diretta viene applicato uno scoperto del 20% con un minimo di 750 euro per intervento.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in ortopantomografia (o TAC o radiografie) con i relativi referti.

8. Correzione difetti visivi:

Anisometropia superiore a 4 diottrie o difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie.

a. Intervento di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri, onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria sia l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche effettuate nei giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

Le spese di cui al punto 8a fino a 8e vengono rimborsate secondo il sub-massimale. Non viene applicato nessuno scoperto.

9. Interventi plafonati solo se effettuati in regime Fuori Network/Indiretta:

Legatura e stripping di vene	€ 3,500
Rinosettoplastica	€ 3,500
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad. es. chiodi, placche, viti)	€ 3,000
Tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3,000
Ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 4,000
Intervento per emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole	€ 5,500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo	€ 4,000
Interventi a carico del ginocchio (diversi da legamenti e protesi)	€ 5,000
Isteroscopia operativa	€ 5,000
Cistectomia (esclusa cistectomia totale)	€ 5,000
Miomectomia	€ 7,500
Ricostruzione dei legamenti	€ 8,500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7,500
Asportazione di cisti ovariche	€ 10,000
Tiroidectomia	€ 10,000
Interventi per riduzione e sintesi fratture (anche con chiodi, placche, viti)	€ 8,000
Colecistectomia	€ 8,500
Ernia del disco	€ 12,000
Artrodesi vertebrale	€ 13,000
Interventi sulla prostata: - Adenoma prostatico - Adenocarcinoma prostatico	 € 12,000 € 18,000
Isterectomia	€ 18,000
Artroprotesi anca e ginocchio	€ 25,000

In caso di intervento chirurgico “plafonato” effettuato fuori Network/Indiretta il rimborso sarà riconosciuto previa applicazione dello scoperto eventualmente previsto dall’Opzione Assicurativa prescelta, fino al limite massimo indicato nella tabella suesposta.

Tutti gli interventi chirurgici con sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca specialistica.
In particolare:

- Gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria e effettuabili attraverso la medesima via d’accesso sono compresi nel sublimite o plafond dell’intervento principale presente in polizza, ove previsti;
- Gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d’accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità **dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.**

Il limite di rimborso per ogni singolo intervento plafonato è riferito alle sole spese connesse al periodo di ricovero con intervento chirurgico (Istituto di Cura ed equipe medica).
Le spese relative alle prestazioni PRE e POST ricovero saranno rimborsate come da Opzione Assicurativa prescelta al netto di eventuali franchigie.

B. Indennità sostitutiva

Con riferimento al solo ricovero, qualora le prestazioni disciplinate nella precedente lett. A punti 1 fino a 3 e Parto cesareo e aborto terapeutico nonché per il Parto fisiologico, siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (si intende come tale ogni giorno che comprende anche il pernottamento) e per ogni giorno di Day Hospital entro i limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta.

Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva e il rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Inoltre, vengono rimborsate, senza applicazione di scoperto, le spese relative a:

- accertamenti diagnostici, visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi (questi ultimi solo se il Ricovero o Day Hospital è con intervento) effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

C. Accompagnatore

Con riferimento alle prestazioni di cui alla lettera A, punti 1 fino a 3 e Parto cesareo e aborto terapeutico nonché per il Parto fisiologico, vengono altresì rimborsate le spese relative a vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera, ove non sussista la disponibilità in istituto di cura, con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta.

D. Trasporto dell'Assicurato

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta le spese del trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzo di trasporto sanitario se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero.
La presente prestazione è prevista nei casi disciplinati alle precedenti lettere A (esclusi i punti 4, 7 e 8) e B.

E. Rimpatrio Salma

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia e Vaticano, in caso di morte dell'Assicurato infermo a seguito di ricovero (anche in regime di Day Hospital) in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio indennizzabile a termini di polizza, con o senza intervento chirurgico. Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

F. Neonato

Nel caso in cui risultino assicurati entrambi i genitori, la Compagnia assicura il rimborso delle spese sanitarie del neonato:

a) sostenute durante il ricovero, rese necessarie da malattia o infortunio, del neonato.
La garanzia è prestata esclusivamente come indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta dalla madre e operante a condizione che il parto sia avvenuto trascorsi 365 giorni dalla data di effetto della polizza.

b) relative a ricoveri per interventi di correzione o eliminazione di malformazioni congenite, del neonato entro i submassimali indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta ed a parziale deroga dell'art. 14 punto 24 "Rischi esclusi dall'Assicurazione" fermi gli scoperti relativi alla garanzia.
Ricovero con/senza intervento, purchè in corso di validità di copertura.

G. Ticket SSN sulle prestazioni coperte (ospedaliere)

Vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nell'Opzione Assicurativa prescelta, entro i limiti di assistenza previsti per ogni singolo tipo di prestazione.

Art. 20 - Prestazioni extraospedaliere

H. Alta Diagnostica (Cure e diagnostica di Alta Specializzazione)

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le prestazioni di "Alta Specializzazione" di cui al seguente elenco:

Diagnostica di Alta Specializzazione
- Amniocentesi (oltre il 35° anno di età o in caso di rischio genetico comprovato del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Terapie attinenti patologie oncologiche
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

Terapie
- Dialisi
- Laserterapia.

Endoscopie non comportanti biopsia
- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia

- Esofagoscopia
- Gastroscopia
- Rettoscopia.

Le prestazioni vengono rimborsate fino alla concorrenza dei massimali e con i scoperti/limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta.

I. <u>Cure Domiciliari ed Ambulatoriali</u>

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per:

1. **onorari medici per visite specialistiche**, prescritte dal medico curante, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio. In caso di infortunio gli onorari medici per visite specialistiche vengono rimborsati purché l'infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, documentazione medica o esiti di esami strumentali;

2. **accertamenti diagnostici ed analisi**, prescritti dal medico curante (con esclusione degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio); in caso di infortunio, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, documentazione medica o esiti di esami strumentali.

3. **trattamenti fisioterapici e riabilitativi**, resi necessari da malattia, prescritti da medico specialista ed effettuati e fatturati da Istituto di Cura, Centro Medico o da medico specialistica con un massimo di 1 ciclo (10 sedute) per anno e per Assicurato;

4. **medicinali**, fermo il submassimale indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, con esclusione dei prodotti omeopatici. Tali prodotti devono essere prescritti dal medico e inerenti al sinistro denunciato.
   A tale scopo l'Assicurato dovrà inviare:

   a. la prescrizione medica con l'indicazione del nominativo del paziente, il nome del medicinale prescritto e la relativa patologia accertata;
   b. lo scontrino fiscale parlante valido ai fini fiscali con l'indicazione del singolo prodotto acquistato ed il relativo costo;

5. **assistenza infermieristica domiciliare**, vengono rimborsate le spese sostenute dall' Assicurato, entro il sub-limite indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, per assistenza infermieristica professionale a domicilio prescritta dal medico curante.

J. <u>Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio</u>

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese sostenute per fisioterapia e trattamenti di riabilitazione rese necessarie da infortunio. I trattamenti devono essere effettuati e fatturati da medico specialista, Istituto di Cura o Centro Medico a seguito di infortunio oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, documentazione medica o esiti di esami strumentali.

K. <u>Cure odontoiatriche da infortunio</u>

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per cure odontoiatriche, escluse le cure ortodontiche, rese necessarie da infortunio. Lo stesso deve essere oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, ortopantomografia o rx endorale o fotografia e corredato da fattura dettagliata con i singoli costi delle prestazioni eseguite. Le cure eseguite dovranno essere congrue con le lesioni dell'infortunio medesimo. I rimborsi per cure odontoiatriche a seguito di infortunio non sono cumulabili con le cure odontoiatriche a seguito di malattia.

L. Lenti / occhiali

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta le spese sostenute per l'acquisto di lenti ed occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive (escluse le "usa e getta" e lenti estetiche).

Il rimborso avviene in caso di prima prescrizione lenti o di successiva modifica del visus, entrambe certificate dal medico oculista o da ottico optometrista.

Per ottenere il rimborso è necessario presentare la Dichiarazione di Conformità rilasciata dall'ottico come da Decreto Legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 e la prescrizione delle lenti con l'indicazione del deficit visivo attuale e quello precedente.

Sono escluse dalla garanzia (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.

M. Ticket SSN sulle prestazioni coperte (extraospedaliere)

Vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nell'Opzione Assicurativa prescelta, entro i limiti di assistenza previsti per ogni singolo tipo di prestazione.

Inoltre vengono rimborsate, senza applicazione di uno scoperto, i TICKET per prestazioni ambulatoriali effettuate in Pronto Soccorso, rese necessarie da infortunio che non abbiano comportato ricovero.

Garanzie, condizioni, massimali e limiti di intervento
(vedi tabella pagina successiva)

	Opzione 1	Opzione 2	Opzione 3
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (Art. 19)	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno
A. Ricovero con/senza intervento			
Day Hospital con/senza intervento			
Intervento Chirurgico Ambulatoriale			
Massimale	€ 260.000	€ 300.000	€ 500.000
assistenza diretta in network convenzionato	franchigia € 1.500	100%	100%
assistenza indiretta	scoperto 35%, min. € 2.000	scoperto 20%	scoperto 20%
Spese PRE/POST	60/60	90/90	120/120
Submassimali			
Aborto terapeutico/Parto Cesareo	€ 4.000	€ 5.000	€ 6.000
Parto fisiologico	€ 2.000	€ 3.000	€ 5.000
Chirurgia refrattiva			€ 1.500 per occhio
Interventi specifici con plafond (solo fuori rete)	da elenco	da elenco	no sottolimite
Limite rette di degenza (solo fuori rete)	€ 150 al giorno	€ 200 al giorno	no sottolimite
Donatore	SI	SI	SI
B. Indennità Sostitutiva			
Massimale	€ 50 giorno - max. 200 giorni	€ 100 giorno - max. 300 giorni	€ 200 giorno - max. 300 giorni
Day Hospital	50% per Day Hospital	50% per Day Hospital	50% per Day Hospital
Spese PRE/POST relative ad Indennità Sostitutiva	60/60	90/90	120/120
C. Accompagnatore	€ 50 giorno - max. 30 giorni	€ 50 giorno - max. 30 giorni	€ 100 giorno - max. 30 giorni per ricovero
D. Trasporto dell'Assicurato	€ 1.500	€ 1.500	€ 3.000
E. Rimpatrio della salma	€ 1.000	€ 2.000	€ 4.000
F. Neonato			
Ricovero con/senza intervento		primi 4 mesi di vita	primi 6 mesi di vita
Submassimale per Eliminazione/correzione malformazioni congenite	€ 20.000 per evento	€ 30.000 per evento	€ 50.000 per evento
G. Ticket sulle prestazioni coperte	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (Art. 20)	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno	Massimali per persona per anno
H. Alta Diagnostica			
Massimale		€ 5.000	€ 7.000
Condizioni		scoperto 20%, min. € 50	scoperto 20%, min. € 50
I. Cure Domiciliari ed Ambulatoriali			
Massimale		€ 1.500	€ 3.000
Condizioni		scoperto 20%, min. € 50	scoperto 20%, min. € 50
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi			
- Tratt. fisioterapici e riabilitativi da malattia		1 ciclo (10 sedute)	1 ciclo (10 sedute)
- Medicinali (esclusi omeopatici)		submassimale: € 200 (franchigia € 20)	submassimale: € 400 (franchigia € 20)
- Assistenza infermieristica domiciliare	€ 40 giorno, max. € 600	€ 40 giorno, max. € 600	€ 40 giorno, max. € 600
J. Tratt. fisioterapici e riabilitativi da infortunio			
Massimale	€ 500	€ 500	€ 4.000
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
K. Cure odontoiatriche da infortunio			
Massimale	€ 1.000	€ 1.000	€ 4.000
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta
L. Lenti/occhiali			
Massimale			€ 300
Condizioni			franchigia € 75
M. Ticket sulle prestazioni coperte			
Condizioni	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta	rimborso del 100% della spesa sostenuta

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 21 - Attivazione della copertura e gestione sinistri

Art. 21.1 Garanzia Ricovero o Day Hospital con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale ed extra-ricovero:

Per le spese sostenute durante il ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero, l'Assicurato potrà:

a) avvalersi di Istituti di cura e medici convenzionati usufruendo del pagamento diretto da parte della Compagnia (assistenza diretta);

b) avvalersi di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, richiedendo successivamente il rimborso alla Compagnia (assistenza indiretta);

c) avvalersi di Istituti di cura e medici non convenzionati (forma indiretta), richiedendo successivamente il rimborso alla Compagnia (assistenza indiretta);

d) utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale;

secondo quanto di seguito indicato:

1. Utilizzo di Istituti di cura e medici convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero ritenga di avvalersi di Istituti di cura e di medici convenzionati, attivandosi preventivamente con la Centrale Operativa, la Compagnia paga direttamente all'Istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dalla presente Convenzione che rimangono a carico dell'Assicurato, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta. Per le prestazioni extra-ricovero è necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguirle in forma diretta contattando telefonicamente la Centrale Operativa di Previmedical.

2. Utilizzo di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero ritenga di avvalersi di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, la Compagnia non provvede al pagamento in forma diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza per il regime indiretto, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta.

3. Utilizzo di Istituti di cura e medici non convenzionati

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero ritenga di avvalersi di Istituti di cura e medici non convenzionati, la Compagnia rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza per il regime indiretto, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato in caso di ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia provvederà a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute dall'Assicurato (ticket), purché indennizzabili a termini di polizza, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

5. Spese sostenute prima e dopo il ricovero o Day Hospital con o senza intervento, intervento chirurgico ambulatoriale, ed extra-ricovero

Per le spese sostenute prima e dopo il ricovero o Day Hospital con o senza intervento chirurgico o intervento ambulatoriale è prevista la forma diretta qualora l'Assicurato ne faccia richiesta alla Struttura Operativa come indicato all'art. 21.3.

Art. 21.2 - Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto a Previmedical che gestisce per conto della i sinistri, oppure alla Compagnia, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di Istituti di cura e di medici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza.

L'inadempimento di tale obbligo potrebbe comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Compagnia, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente polizza, erogate sia in forma Diretta che Indiretta, la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del sinistro.

Art. 21.3 - Modalità operative nel caso ci si avvalga di istituti di cura convenzionati

L'Assicurato che ritenga di avvalersi di Istituti di cura convenzionati prima di accedere alla struttura sanitaria e comunque con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'Assicurato deve sempre telefonare alla Centrale Operativa di Previmedical ai seguenti numeri telefonici dedicati:

800.99.17.74 da telefono fisso (numero verde)
199 287164 da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata)
+39 04221744 215 per chiamate dall'estero

o mandare una e-mail all'indirizzo di posta elettronica dedicato: assistenza.pramerica@previmedical.it

Le informazioni che l'Assicurato deve inviare a Previmedical per l'attivazione dell'assistenza diretta che possono essere integrate dell'operatore della Centrale Operativa secondo la prestazione richiesta, sono le seguenti:

In caso di Ricovero o Day Hospital con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale l'Assicurato dovrà farsi rilasciare un certificato medico con l'indicazione di:

- nome e cognome dell'Assicurato;
- la diagnosi;
- per i ricoveri o Day Hospital:
  - se con intervento, dovrà essere indicato l'intervento chirurgico;
  - se senza intervento, il certificato dovrà contenene l'iter diagnostico e terapeutico;
- per i soli interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione il certificato medico dovrà contenere anche il tipo della lesione, la sede e le dimensioni;
- il regime in cui si eseguirà la prestazione (Day Hospital, Ricovero, Int. Ambulatoriale etc.);
- se richiesto, altra documentazione medica/esiti di esami strumentali utili alla valutazione.

In caso di prestazioni extraospedaliere l'Assicurato dovrà farsi rilasciare un certificato medico con l'indicazione di:

- nome e cognome dell'Assicurato;
- la diagnosi;
- la prestazione richiesta. I trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di infortunio devono essere richiesti con prescrizione medica con evidenza sia del tipo di trattamento che del numero di sedute e rilasciata da un medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata certificata;
- per le cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie, fotografie o altra documentazione medica o esiti di esami strumentali, ove necessari);
- se richiesto, altra documentazione medica/esiti di esami strumentali utili alla valutazione.

L'Assicurato dovrà inviare quanto richiesto come da indicazioni dell'Operatore della Struttura Operiva.

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite di Previmedical, in mancanza del quale il servizio non è operante.

La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assicurati:

- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per richiedere autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità.
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

La Centrale Operativa di Previmedical informerà l'Assicurato e inoltrerà alla Struttura Sanitaria la conferma di autorizzazione ad usufruire delle prestazioni in forma Diretta entro i limiti indicati nel "Modulo di Autorizzazione", esclusivamente se dall'esame della documentazione medica pervenuta il sinistro risulterà indennizzabile a termini di polizza.
In alternativa, qualora non fosse possibile autorizzare l'Assistenza Diretta con la sola documentazione medica inoltrata, Previmedical potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali, oppure negare l'autorizzazione all'Assistenza Diretta.

Art. 21.4 - Criteri di liquidazione del rimborso spese mediche
1. Utilizzo di Istituti di cura e medici convenzionati (assistenza diretta)
Il pagamento che la Compagnia avrà effettuato ad istituti di cura o medici convenzionati solleverà la Compagnia stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Compagnia abbia già corrisposto.
Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Compagniaà a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.
La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della Centrale Operativa, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Compagnia sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza al ricevimento della documentazione completa.
La Compagnia si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita.
Qualora da controlli amministrativi successivi, risultasse che la Copertura Sanitaria non sia attiva per l'annualità in corso, oppure risultasse la mancanza della regolarità amministrativa della polizza o della singola posizione, l'Assicurato dovrà saldare personalmente alla Struttura Sanitaria le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate in regime di Assistenza Diretta.

2/3. <u>Utilizzo di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati e Utilizzo di Istituti di cura e medici non convenzionati (assistenza indiretta)</u>
La Compagnia effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione,
unitamente al modulo di richiesta di rimborso, delle fotocopie delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente

quietanzate e valide ai fini fiscali accompagnate dalla documentazione medica giustificativa quale:

a) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital con o senza intervento chirurgico;
b) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie extraospedaliere (la specializzazione del medico deve essere congrua con la patologia certificata);
c) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
d) esiti di esami clinico strumentali qualora vengono richieste dalla Compagnia per la valutazione del sinistro;
e) per le cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie, fotografie o altra documentazione medica o esiti di esami strumentali, ove necessari);
f) i trattamenti fisioterapici e rieducativi a seguito di infortunio devono essere richiesti con prescrizione medica con evidenza sia del tipo di trattamento che del numero di sedute e rilasciata da un medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata certificata.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato,beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato/Caponucleo.
Le prestazioni devono essere effettuate da personale specializzato (medico specialista, infermiere, fisioterapista), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura o da Centro Medico.
L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di cura, di uno studio medico o di un medico specialista.
La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi certificata.
Sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo.
In caso di più ricoveri per la medesima patologia effettuati a breve distanza di tempo, la Compagnia può richiedere per le degenze successive al primo ricovero una relazione clinica specialistica che lo documenti.
Le prestazioni relative a ricoveri in struttura privata senza intervento e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto (c.d. "ricoveri impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito e nei termini di cui al punto "Specialistiche Extraospedaliere".

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

4. ***Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (assistenza indiretta)***
Nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso delle spese, questo avverrà con le modalità previste dal precedente punto 2/3 del presente articolo.
Nel caso in cui, invece, l'Assicurato richieda la corresponsione dell'Indennità Sostitutiva, egli dovrà
far pervenire direttamente alla Compagnia la copia conforme della cartella clinica completa; inoltre, se richiesto, dovrà fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici. Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità sostitutiva relativa a ricoveri sostenuti all'estero.

Spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero:
Il rimborso delle spese sanitarie viene effettuato secondo quanto previsto al precedente punto 2/3 se in regime indiretto, o secondo quanto previsto al precedente punto 1, se in regime diretto.

Art. 21.5 - Denuncia sinistri per le richieste di rimborso (assistenza indiretta)
Qualora l'Assicurato non attivi l'assistenza diretta optando per l'assistenza indiretta come indicato ai punti 2/3 e 4 dell'art. 21.4, la documentazione deve essere inoltrata inviando una pratica per ogni Assicurato e per singola patologia con:

- modulo di richiesta rimborso compilato e firmato in ogni sua parte;
- le copie delle notule di spesa;
- le relative prescrizioni mediche con patologia sospetta o accertata;
- ogni altra documentazione, come da prestazione (art. 21.4, punto 2/3 e 4) e garanzia specifica.

Nelle modalità indicate di seguito:
- in forma cartacea unitamente al modulo e ai relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

Ufficio Liquidazioni Pramerica
c/o Previmedical S.p.A.
Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

- on-line allegando la documentazione indicata al paragrafo precedente attraverso l'area riservata utilizzando le proprie credenziali di accesso collegandosi al sito web http://www.pramericagroup.it e seguendo la procedura che le è stata consegnata alla stipula della polizza. La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale. La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

Art. 21.6 - Prestazioni eseguite da strutture e medici convenzionati
Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Compagnia non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dagli Istituti di cura e dai medici convenzionati. Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture (Istituti di cura, Centri diagnostici e Studi odontoiatrici) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 22 - Controversie - Collegio Medico Arbitrale
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.

CONDIZIONI APPLICABILI ALLA GARANZIA AGGIUNTIVA ASSISTENZA (ASS)

(valida solo se espressamente richiamata in proposta e in polizza)

Garanzia facoltativa sottoscrivibile solo in caso di scelta di almeno una tra le garanzie: infortuni e malattia o rimborso spese mediche.

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

La Compagnia fornisce all'Assicurato che a seguito di infortunio o malattia ne abbia necessità, le prestazioni sotto descritte.

Per usufruire delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa che se ne occupa come indicato al successivo Art. 3.

Art. 2 - Prestazioni di Assistenza

- Collaboratore familiare

Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, è stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore, a 5 giorni e sia temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

- Consegna esiti a domicilio

Qualora l'Assistito si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante e nessuno possa andare per lui, la centrale Operativa, dopo aver ritirato presso l'Assistito la documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all`Assistito ed al medico da lui indicato. Il costo degli accertamenti sostenuti resta a carico dell'Assistito.

- Consegna medicinali

Qualora l'Assistito necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Compagnia, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assistito, provvede alla consegna dei medicinali prescritti. A carico dell'Assistito resta soltanto il costo dei medicinali.

- Consegna spesa a domicilio

Quando, in seguito ad infortunio o malattia che abbiano dato luogo ad interventi di particolare complessità tali da determinare una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa provvederà, nelle due settimane successive all'evento, ad organizzare la consegna al domicilio dell'Assicurato di generi alimentari/ prima necessità. Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l'acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna. L'Assistito sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

- Consulenza medica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. L'équipe medica, di cui la Centrale Operativa si avvale, provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

- Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

- *informazione ed orientamento medico telefonico*: quando l'Assicurato necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso;
- *consulenza telefonica medico specialistica*: quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni e non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

- Guardia Medica Permanente ed Assistenza Domiciliare di Urgenza

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Nel caso la guardia medica ravvisi condizioni di gravità e urgenza tali da motivare l'attivazione della visita domiciliare, predisporrà l'effettuazione della stessa. Il costo delle visite domiciliari attivate tramite il servizio di Guardia medica sono a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente al medico specialista.
Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

- Invio di un fisioterapista

Se l'Assicurato, a seguito di una malattia o di un infortunio, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico, dovesse avere necessità di effettuare cicli di trattamenti fisioterapici anche a domicilio, la Centrale Operativa predisporrà l'effettuazione degli stessi. Il costo dei trattamenti fisioterapici è a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente al fisioterapista. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

- Invio di un infermiere a domicilio

Se l'Assicurato, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, necessita di essere assistito da un infermiere, la Centrale Operativa provvederà al reperimento dello stesso. Il costo delle prestazioni infermieristiche è a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente all'infermiere. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

- Invio di un medico generico a domicilio

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Iscritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza. Il costo delle visite domiciliari attivate tramite la Centrale Operativa è a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente al medico. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

- Rimpatrio Salma

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia deceduto, la Centrale Operativa può organizzare e gestire, per il tramite di centri convenzionati che erogano il servizio, il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia. Il contenuto del presente servizio è limitato all'organizzazione del trasporto e del rimpatrio della salma. I costi

del trasporto e dell'organizzazione rimarranno a carico degli aventi diritto dell'assicurato.

- Second Opinion - Secondo Parere Medico

L'Assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia complementare rispetto alla precedente valutazione medica. Inoltre, con riferimento alle seguenti patologie:

1. Malattie Cardiovascolari
2. Malattie Cerebrovascolari (Ictus)
3. Cecità
4. Sordità
5. Tumori Maligni
6. Insufficienza Renale
7. Trapianto di Organo
8. Sclerosi Multipla
9. Paralisi
10. Malattia di Alzheimer
11. Malattia di Parkinson
12. Gravi Ustioni
13. Coma

l'Assicurato potrà anche avvalersi di una consulenza medica specialistica da parte di alcuni primari Centri di eccellenza internazionali convenzionati con Previmedical attraverso la partnership con due primari provider internazionali (Global Exel e Best Doctors). In ogni caso la Second Opinion internazionale potrà essere attivata anche per tutte quelle patologie che a giudizio del team medico di Previmedical siano ritenute di rilevante rischio ai fini dello stato di salute dell'Assistito. Il servizio telefonico da telefono fisso e di eventuale traduzione della cartella clinica non comporta costi per l'Assistito.

- Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga organizzato e gestito da parte della Centrale Operativa per il tramite di centri convenzionati che erogano il servizio. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative. I costi del trasporto verranno fatturati a tariffa agevolata direttamente all'Assicurato.

- Tutoring

L'Assicurato può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

Art. 3 - Modalità per la richiesta di assistenza

L'Assicurato che necessita delle prestazioni di Assistenza dovrà rivolgersi alla Centrale Operativa di Previmedical che è a disposizione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno ai seguenti numeri:

800.99.17.74 da telefono fisso (numero verde)
199 287164 da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata)
+39 04221744 215 per chiamate dall'estero

Glossario

A

Appendice
Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia ed il Contraente.

Assicurato
Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto; può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Assicurazione
Il contratto di assicurazione.

Assistenza infermieristica
Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Attività professionali
Qualsiasi attività non inerente alla vita privata, sia essa o meno a scopo di lucro.

B

Beneficiario
Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

C

CAP
C.A.P. o "Codice delle assicurazioni private": DECRETO LEGISLATIVO 7 settembre 2005 n. 209

Carenza / Termini di aspettativa
Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti
Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Compagnia.

Cartella clinica
Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centro medico
Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata a trattamenti di natura estetica, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche.

Cessione
Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso.

Chirurgia bariatrica
Detta anche “chirurgia dell’obesità”. Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l’assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell’intestino (interventi malassorbitivi).

Compagnia
Pramerica Life S.p.A., società autorizzata all’esercizio dell’attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicuraizone.

Conclusione del contratto /Perfezionamento del contratto
Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell’accettazione della proposta da parte della Compagnia. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il contratto sottoscritto dalla Compagniaà.

Condizioni di assicurazione
Insieme delle clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, e possono essere integrate da condizioni particolari ed aggiuntive.

Contraente
Persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l’Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

Costo percentuale medio annuo
Indicatore sintetico di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi prelevati dai premi ed eventualmente dalle risorse gestite dalla Compagnia, il potenziale tasso di rendimento della polizza rispetto a quello di un’ipotetica operazione non gravata da costi.

Convalescenza
Il periodo successivo alla dimissione dall’Istituto di Cura necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.

D

Decorrenza del contratto (decorrenza della garanzia, decorrenza della polizza)
Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Day Hospital con/senza intervento
Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, esclusivamente senza pernottamento, che eroga prestazioni chirurgiche eseguite da medici chirurghi specialisti (Day Hospital con intervento) o terapie mediche (Day Hospital senza intervento) con redazione di cartella clinica. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetti fisici
Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Documentazione sanitaria e di spesa
La fotocopia della cartella clinica completa (in caso di Ricovero e Day Hospital), la relazione medica dell’Intervento Chirurgico (in caso di Intervento Ambulatoriale), le prescrizioni ed i referti medici o ogni altra documentazione medica richiesta dalla Compagnia, nonché la documentazione di spesa (originali o fotocopie delle fatture e delle notule, valide ai fini fiscali e quietanzate), integrata dalla descrizione dettagliata delle prestazioni sanitarie effettuate.

Durata del contratto
Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi
Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal contratto stesso.

E

Esclusioni
Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Estratto Conto Annuale
Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto.

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
Prestazioni Ospedaliere: il singolo ricovero, Day Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero, Day Hospital o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
Prestazioni Extraospedaliere: l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, prescritti ed inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

F

Franchigia
L'importo contrattualmente stabilito che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.

G

Garanzie Aggiuntive
Garanzie abbinate facoltativamente alla garanzia principale, come ad esempio la garanzia aggiuntiva CRILL in caso di "malattie gravi" o LTC in caso di "non autosufficienza".

Garanzia Principale
Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario, ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite aggiuntive o accessorie.

I

Impignorabilità e insequestrabilità
Principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Imposta sostitutiva
Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

Imposta sulle assicurazioni
Imposta applicata ai premi versati dal Cliente relativamente a garanzie non attinenti la vita umana (esempio, la garanzia "Diaria Ospedaliera").

Indennizzo
La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

Infortunio
Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Inabilità temporanea da infortunio
La perdita temporanea a seguito di infortunio, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.

Intermediario
E' l'intermediario assicurativo, di cui al titolo IX (Intermediari di assicurazione e di riassicurazione) del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 - Codice delle Assicurazioni Private, del Gruppo Assicurativo Pramerica, convenzionalmente denominato anche Agente, Sub-Agente, Sales Associate e Banche.
Intervento chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento chirurgico ambulatoriale
L'intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, effettuato da medico chirurgo presso Istituto di Cura, Centro Medico o Studio Medico Chirurgico.

Intramoenia
Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di Day Hospital o di Ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.
Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Invalidità Permanente
La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività, indipendentemente dalla professione svolta.

Invalido Civile
Ai fini della presente polizza per invalido civile si intende il soggetto affetto da malattie e menomazioni permanenti e croniche, sia di natura fisica che psichica ed intellettiva, e nei confronti del quale è stato riconosciuto un grado di invalidità civile pari o superiore al 74% e che non svolge attività lavorativa.

Istituto di Cura
Istituto Universitario, Ospedale, Casa di Cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.

IVASS
(Il 1° gennaio 2013 l'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP. Ogni riferimento all'ISVAP contenuto nella documentazione contrattuale e precontrattuale deve intendersi effettuato all'IVASS).
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

M

Malattia
Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia mentale
Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malattia organica
Termine utilizzato per descrivere qualsiasi disturbo o patologia dove vi siano cambiamenti anatomici e/o fisiologici in un organo o tessuto, che possano essere identificati, osservati e misurati tramite esami diagnostici di tipo strumentale o di laboratorio.

Malformazione
Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale
La disponibilità unica ovvero la spesa massima rimborsabile per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno di copertura. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per persona e per anno di copertura.

Medicina alternativa o complementare (MAC)
Talora definita anche "medicina non convenzionale" o "medicina olistica" si riferisce a un vasto insieme di pratiche sanitarie che non fanno parte della tradizione di un dato Paese e che non sono integrate nel sistema sanitario dominante.

Minimo trattenuto
Quella parte del tasso di rendimento finanziario che viene trattenuta dalla Compagnia, secondo il meccanismo illustrato nella Clausola di Rivalutazione delle Condizioni di assicurazione.

N

Non Autosufficienza
Incapacità di svolgere autonomamente in modo presumibilmente permanente e irreversibile le funzioni essenziali della vita quotidiana.

Nucleo familiare
l'Assicurato che sottoscrive il certificato quale capo nucleo, il coniuge in alternativa il convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, conviventi e non dell'Assicurato Caponucleo e del/la convivente more uxorio.

O

Opzione Assicurativa
Il documento che forma parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione, nel quale sono indicati i dati principali relativi alle coperture prestate prescelte dall'Assicurato.

Opzioni (di contratto)
Facoltà del Contraente di scegliere che la prestazione liquidabile sia corrisposta in una modalità diversa da quella originariamente prevista. Ad esempio, la possibilità di scegliere che il capitale liquidabile alla scadenza contrattuale sia convertito in una rendita vitalizia oppure, viceversa, di chiedere che la rendita vitalizia sia convertita in un capitale da pagare in soluzione unica.

P

Patologia preesistente
Alterazione dello stato di salute conosciuta e/o diagnosticata o insorta - secondo giudizio medico - prima dell'effetto della copertura assicurativa del singolo Assicurato.

Pegno
Con il pegno il Contraente pone il valore di riscatto del contratto assicurativo come garanzia reale per un affidamento concesso da terzi (di solito una banca).

Perfezionamento del contratto
Vedi “Conclusione del contratto”.

Polizza
Documento che fornisce la prova dell’esistenza del contratto di assicurazione.

Premio
Importo che il Contraente si impegna a corrispondere alla Compagnia.

Prescrizione
Estinzione di un 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 dieci anni.

Previmedical S.p.A.
La società di Servizi che gestisce il servizio di assistenza agli Assicurati e provvede, per conto della Compagnia al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al rimborso agli Assicurati.
Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

Proposta
Documento con il quale il Contraente chiede alla Compagnia di stipulare un contratto di assicurazione.

Q

Questionario Sanitario (o anamnestico)
Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell’Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Quietanza di Pagamento
Documento che prova l’avvenuto pagamento del premio, rilasciato su apposito modulo della Compagnia in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza) o con Bancomat/Carta di credito costituito invece dall’estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Compagnia (addebito diretto SEPA), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

R

Recesso (o ripensamento)
Diritto del Contraente di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.
Rette di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Revoca della proposta
Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

Riattivazione
Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle Condizioni di assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Ricorrenza annuale
L’anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Ricovero
Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento. Rimborso: somma dovuta dalla Compagnia all’Assicurato in caso di sinistro.

Risoluzione del contratto
Interruzione dell'efficacia del contratto a fronte di richiesta scritta del Cliente o per mancato pagamento dei premi.

S

Scoperto
La parte delle spese sostenute, determinate in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sforzo
Atto fisico sproporzionato rispetto alla struttura corporea dell'Assicurato non rientrante tra le azioni della normale vita lavorativa e/o privata.

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.

Sovrappremio
Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio 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).

Sport professionistico
Secondo la legge 23 marzo 1981 n° 91 e successive modifiche vengono definiti sportivi professionisti gli atleti che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono tale qualifica dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Struttura Operativa
Parte della struttura organizzativa Previmedical, che provvede a fornire assistenza telefonica all'Assicurato e provvede alla gestione dei sinistri relativi alle garanzie di cui alla presente polizza.

Struttura organizzativa
Il complesso di responsabili, personale, sistemi informativi, attrezzature ed ogni presidio o dotazione, centralizzato o meno, attraverso cui la Compagnia fornisce l'erogazione delle prestazioni di assistenza, previste nel contratto, su richiesta dell'Assicurato.

Strutture Sanitarie e Medici convenzionati (Network Sanitario)
Rete convenzionata con Previmedical costituita da Ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse.

T

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi
Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e fatturate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

Tabella di Indennizzo
La tabella attraverso la quale viene determinato l'Indennizzo spettante all'Assicurato per il grado di Invalidità Permanente accertato secondo la Tabella di valutazione medico-legale.

Tabella di valutazione medico-legale
La tabella finalizzata alla determinazione del grado di Invalidità Permanente subito dall'Assicurato in seguito a sinistro.

Tariffa
Insieme di basi demografiche e finanziarie che consentono di determinare il premio che il Contraente deve versare per ottenere la prestazione richiesta.

Tasso Tecnico
Rendimento finanziario, annuo e composto, che la Compagnia di assicurazione riconosce nel calcolare le prestazioni assicurate iniziali.

Territorio italiano
Il territorio della Repubblica Italiana e della Città del Vaticano.

Trasformazione
Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Compagnia, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.

V

Vincolo
Con il vincolo di polizza il Contraente designa un terzo beneficiario, che si antepone al primo, nella riscossione (totale o parziale) della prestazione assicurativa, al verificarsi di alcune condizioni.

Visita specialistica
La visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.

www.pramericagroup.it
Pramerica Life S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale
Piazza della Repubblica, 14 - 20124 Milano
Tel. 0272258.1 - Fax 0272003580
PEC: pramerica@legalmail.it

Capitale Sociale € 12.500.000 i.v.
Partita IVA 10528800963
Codice fiscale e n. di iscrizione Registro imprese di Milano 02653150108

Iscritta all'Albo imprese di Assicurazione al n. 1.00086
Capogruppo del Gruppo Assicurativo Pramerica, iscritto all'Albo Gruppo Assicurativo al n. 017.
Una Società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial Inc. USA - Socio Unico
Prudential Financial Inc. USA non è affiliata con Prudential Plc. che ha sede nel Regno Unito.

Pramerica