

# DREAD DISEASE

Assicurazione in forma collettiva in caso di decesso e di malattia grave

## Condizioni di assicurazione



*Il contratto è redatto secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico "Contratti Semplici e Chiari" coordinato dall'ANIA, aggiornate in base alle "Linee Guida per contratti chiari e comprensibili 2024".*

Data ultimo aggiornamento: 03/02/2026

## INDICE

|   |    |
|---|----|
| INDICE.....   | 2  |
| PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO .....  | 3  |
| DEFINIZIONI .....   | 4  |
| CHE COSA È ASSICURATO? QUALI SONO LE PRESTAZIONI? .....                                 | 5  |
| Art. 1 Oggetto del contratto.....   | 5  |
| Art. 2 Prestazione .....  | 5  |
| CHE COSA NON È ASSICURATO? .....  | 7  |
| Art. 3 Persone non assicurabili .....   | 7  |
| CI SONO LIMITI DI COPERTURA? .....  | 7  |
| Art. 4 Esclusioni e limitazioni .....   | 7  |
| CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?.....                                      | 8  |
| Art. 5 Dichiarazioni.....   | 8  |
| Art. 6 Ingresso e uscita dall'assicurazione .....                                       | 8  |
| Art. 7 Documentazione assuntiva .....   | 9  |
| Art. 8 Quietanza dei Premi e Appendice-distinta .....                                   | 9  |
| Art. 9 Richieste di pagamento.....  | 9  |
| Art. 10 Denuncia, accertamento e riconoscimento della malattia grave .....              | 10 |
| Art. 11 Arbitrato in caso di controversie .....   | 10 |
| QUANDO E COME DEVO PAGARE? .....  | 11 |
| Art. 12 Premi.....  | 11 |
| Art. 13 Mezzi di versamento del Premio .....  | 11 |
| QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE? .....                                    | 11 |
| Art. 14 Durata .....  | 11 |
| Art. 15 Conclusione del contratto ed entrata in vigore delle Posizioni individuali..... | 12 |
| COME POSSO RISOLVERE IL CONTRATTO?.....   | 12 |
| Art. 16 Interruzione del versamento dei Premi: risoluzione.....                         | 12 |
| QUALI COSTI DEVO SOSTENERE? .....   | 12 |
| Art. 17 Costi .....   | 12 |
| SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI? NO.....   | 12 |
| Art. 18 Riscatto e riduzione.....   | 12 |
| ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI AL CONTRATTO .....                                       | 12 |
| Art. 19 Beneficiario .....  | 12 |
| Art. 20 Non pignorabilità e non sequestrabilità .....                                   | 13 |
| Art. 21 Foro competente .....   | 13 |
| Art. 22 Informativa dati personali .....  | 13 |
| Art. 23 Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali .....     | 13 |
| Art. 24 Rinvio alle norme di legge .....  | 13 |
| ALLEGATO I – TARIFFA DREAD DISEASE .....  | 14 |
| ALLEGATO II – DOCUMENTAZIONE ASSUNTIVA.....   | 15 |
| ALLEGATO III – MODULO PER L'ASSICURAZIONE DREAD DISEASE .....                           | 16 |
| ALLEGATO IV – QUESTIONARIO SANITARIO.....   | 17 |

## PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO

**DREAD DISEASE** è una soluzione assicurativa collettiva di protezione che ha le seguenti caratteristiche:

- il Contraente stipula il contratto per coprire il rischio di decesso e di malattia grave di categorie di propri dipendenti, secondo quanto previsto da Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria, Accordi, Regolamenti Aziendali;
- ogni dipendente Assicurato è intestatario di una Posizione individuale con durata monoannuale e rinnovabile;
- il contratto prevede due tipologie di prestazioni in forma di capitale:
  - o a favore degli eredi, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza dell'assicurazione,
  - o a favore dell'Assicurato stesso, in caso di insorgenza di malattia grave prima della scadenza dell'assicurazione.

### AVVERTENZE

Per facilitare la lettura delle Condizioni di assicurazione, sono utilizzati i seguenti strumenti grafici:

- **Carattere grassetto:** per dare maggior risalto ai concetti principali e al testo che bisogna leggere con maggiore attenzione;
- Lettera Iniziale Maiuscola: per indicare che una parola è presente nelle definizioni;
- (→ Art. ??): per rinviare da un articolo delle Condizioni, dove un concetto è nominato, a un altro articolo, dove lo stesso concetto è spiegato più ampiamente; questa evidenza grafica è data solo la prima volta che il concetto è nominato nel testo di ciascun articolo.

### AREA CLIENTI E CONTATTI UTILI

Il Contraente può registrarsi e accedere gratuitamente all'Area Clienti dal sito internet [www.generali.it](http://www.generali.it) o dall'app MyGenerali. Tramite l'Area Clienti è possibile, ad esempio:

- verificare i contratti attivi
- consultare il valore delle posizioni
- visualizzare e scaricare la documentazione contrattuale
- consultare e aggiornare i dati personali e i consensi privacy
- segnalare un sinistro

Per qualsiasi chiarimento sul prodotto o ulteriore informazione è possibile contattare l'agenzia di riferimento o Generali Italia.

Di seguito sono indicati i contatti di Generali Italia:

**Generali Italia S.p.A.**

Sede Legale: Via Marocchesa n. 14, 31021 Mogliano Veneto (TV)

Sito internet: [www.generali.it](http://www.generali.it)

E-mail: [info.it@generali.com](mailto:info.it@generali.com)

PEC: [generalitalia@pec.generaligroup.com](mailto:generalitalia@pec.generaligroup.com)

Recapito telefonico: 041 5492111

## DEFINIZIONI

I termini di seguito indicati hanno il significato qui precisato e sono sempre riportati nel testo delle Condizioni di assicurazione con lettera iniziale maiuscola.

| Termine                                   | Definizioni  |
|---|--|
| <b>Anno assicurativo</b>                  | Periodo calcolato in anni interi a partire dalla Data di decorrenza.   |
| <b>Assicurando</b>                        | Persona fisica di cui il Contraente chiede l'ingresso in copertura.  |
| <b>Assicurato</b>                         | Persona fisica sulla cui vita è stipulata l'assicurazione: i suoi dati anagrafici e gli eventi che si verificano durante la sua vita determinano il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.   |
| <b>Appendice-distinta</b>                 | Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso in occasione di ogni versamento di Premio, contenente l'elenco degli Assicurati in copertura.  |
| <b>Beneficiario</b>                       | Persona fisica a cui Generali Italia paga le prestazioni previste dal contratto di assicurazione.  |
| <b>Caricamento</b>                        | Parte del Premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi di Generali Italia.   |
| <b>Contraente</b>                         | Persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione e si impegna a versare i relativi Premi.   |
| <b>Data di decorrenza del contratto</b>   | Data indicata in Polizza come data di inizio per il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.   |
| <b>Data di decorrenza della copertura</b> | Data di ingresso in copertura del singolo Assicurato, indicata nell'Appendice-distinta come data di inizio per il calcolo delle prestazioni previste per la Posizione individuale.   |
| <b>Età assicurativa</b>                   | Età espressa in anni interi; le frazioni di anno inferiori a 6 mesi sono trascurate mentre quelle pari o superiori sono considerate come anno compiuto (es. 34 anni e 6 mesi = 35 anni; 43 anni e 5 mesi = 43 anni). Tale età viene determinata alla decorrenza del contratto e si incrementa in funzione del tempo trascorso. |
| <b>IVASS</b>                              | Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.   |
| <b>Polizza</b>                            | Documento che prova il contratto di assicurazione.   |
| <b>Posizione individuale</b>              | Posizione assicurativa riferita a un singolo Assicurato nell'ambito di un contratto di assicurazione collettivo.   |
| <b>Premio</b>                             | Importo che il Contraente versa a Generali Italia.   |
| <b>Proposta di assicurazione</b>          | Documento o modulo firmato dal Contraente, con il quale egli manifesta a Generali Italia la volontà di stipulare il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni in esso indicate.  |
| <b>Questionario sanitario</b>             | Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato. Generali Italia utilizza questo Modulo per valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.   |
| <b>Ricorrenza annuale del contratto</b>   | Anniversario della Data di decorrenza del contratto.   |
| <b>Sovrappremio</b>                       | Maggiorazione di Premio che Generali Italia richiede se l'Assicurato supera determinati livelli di rischio.  |

## CHE COSA È ASSICURATO? QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

### Art. 1 Oggetto del contratto

DREAD DISEASE è un contratto assicurativo in forma collettiva, che il Contraente datore di lavoro stipula per **la copertura del rischio di decesso e di malattia grave dei propri dipendenti** secondo quanto previsto dai **Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria, Accordi, Regolamenti Aziendali**.

Il Contraente versa a Generali Italia un Premio riferito alle varie Posizioni individuali.

Generali Italia paga al Beneficiario (→ Art. 19) una prestazione in forma di capitale in euro in caso di decesso oppure di malattia grave che:

- rientra tra quelle in copertura (→ Art. 2),
- insorge tra la Data di decorrenza della Posizione e la data di scadenza della stessa
- e determina uno stato di invalidità permanente di grado superiore al 5%.

### Art. 2 Prestazione

All'inizio di ogni Anno assicurativo, il Contraente comunica a Generali Italia i capitali da assicurare per ogni Posizione individuale.

**I Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria, gli Accordi, i Regolamenti Aziendali** stabiliscono i capitali assicurati, sulla base di criteri oggettivi, uniformi e indipendenti dalla volontà dei singoli Assicurati.

Generali Italia si riserva di accettare un capitale assicurato per ogni Posizione individuale superiore a **€350.000**. In questo caso può fissare particolari condizioni di accettazione del rischio.

Per ogni Posizione individuale, il capitale assicurato è unico per il caso di decesso e di malattia grave. Pertanto, dopo il pagamento della prestazione per malattia grave dell'Assicurato, **la Posizione individuale si estingue**. Nessuna ulteriore prestazione è prevista alla diagnosi di una seconda malattia grave o in caso di decesso dello stesso Assicurato.

#### Evento che colpisce più Assicurati

L'assicurazione copre il decesso di più Assicurati a causa di uno stesso evento accidentale, fino a un importo complessivo pari a **6 volte il capitale medio assicurato**.

Se il decesso è causato da **atti di terrorismo**, l'assicurazione copre fino a un importo complessivo di **€2.000.000**.

Tale importo è suddiviso in base al numero degli Assicurati colpiti dall'evento e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

#### Malattie gravi

Sono considerate malattie gravi le seguenti patologie, a condizione che a seguito delle stesse, si sia instaurato uno stato di invalidità permanente di grado superiore al 5%:

- cancro
- chirurgia dell'aorta
- chirurgia delle valvole cardiache
- chirurgia di by-pass aorto-coronarico
- ictus
- sindrome coronarica acuta
- insufficienza renale
- trapianto degli organi principali

#### Cancro

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

La diagnosi di cancro deve essere certificata dallo specialista di competenza e supportata dall'esame istologico o da accertamento diagnostico certo.

#### Chirurgia dell'aorta

Intervento chirurgico per malattia dell'aorta per via toracotomica o laparotomica che comporti ricostruzione o asportazione dell'aorta malata e la sua sostituzione con una protesi. Per aorta si intende l'aorta toracica e quella addominale ma non i suoi rami. La garanzia è estesa anche a interventi chirurgici dell'aorta eseguiti usando solo tecniche di chirurgia endovascolare.

#### Chirurgia delle valvole cardiache

Intervento chirurgico per sostituire o riparare una o più valvole cardiache in conseguenza di disfunzione o anomalità delle stesse. La diagnosi di anomalità delle valvole cardiache deve essere evidenziata da cateterismo o ecocardiogramma e l'intervento chirurgico deve essere considerato necessario da parte di un cardiologo.

### **Chirurgia di by-pass aorto-coronarico**

Intervento chirurgico di by-pass aorto-coronarico per correggere o trattare una malattia coronarica.

### **Ictus**

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

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

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

Per danno neurologico permanente si intende che, dopo 180 giorni dalla prima diagnosi dell'ictus, l'aderente presenta almeno una delle seguenti condizioni irreversibili confermate da un neurologo:

- perdita d'uso completa e permanente di due o più arti;
- disturbo organico o funzionale della masticazione e deglutizione che rende l'aderente incapace di mangiare cibi solidi, escludendo cause di natura dentaria;
- inabilità permanente a svolgere senza assistenza almeno 3 delle seguenti attività della vita quotidiana:
  - fare il bagno o la doccia
  - vestirsi e svestirsi
  - andare alla toilette e mantenere adeguati livelli di igiene personale
  - controllare volontariamente le funzioni intestinali e urinarie
  - sedersi e alzarsi dalla sedia e sdraiarsi e alzarsi dal letto
  - bere o mangiare cibi già preparati

### **Sindrome coronarica acuta**

Definita sulla base dell'evidenza documentata di necrosi miocardica nell'ambito di un quadro di ischemia. Gli accertamenti diagnostici devono certificare il riscontro dell'aumento significativo dei marcatori biochimici cardiaci (specialmente la troponina T/I) unitamente a uno o più dei seguenti fattori:

- sintomi di ischemia;
- variazioni elettrocardiografiche peculiari di ischemia miocardica (STEMI, NSTEMI), dell'onda T o comparsa di blocco di branca sinistro completo;
- presenza di onda Q;
- riscontro di nuove alterazioni della cinetica parietale ventricolare all'eco-color-doppler cardiaco;
- riscontro di trombosi coronarica all'accertamento coronarografico.

La diagnosi deve essere certificata da uno specialista cardiologo che ne attesti il percorso clinico-strumentale mediante relazione dettagliata e supportata da adeguata documentazione.

### **Insufficienza renale**

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

### **Trapianto degli organi principali**

Ricevere un trapianto tra esseri umani (o essere inserito in una lista di attesa ufficiale) di:

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

La necessità del trapianto deve essere certificata da uno specialista chirurgo.

L'**insorgenza della malattia** si intende stabilita come segue:

- per il cancro e la sindrome coronarica acuta: la data della diagnosi
- per le chirurgie dell'aorta, delle valvole cardiache e di by-pass aortocoronarico: la data dell'intervento chirurgico
- per l'ictus: la data dell'esordio acuto
- per l'insufficienza renale: la data d'inizio della dialisi cronica regolare
- per il trapianto degli organi principali: la data del trapianto o la data di inserimento nella lista di attesa ufficiale

Le esclusioni relative alle singole malattie sono indicate all'Articolo 4.

## CHE COSA NON È ASSICURATO?

### Art. 3 Persone non assicurabili

Non può essere assicurato chi all'ingresso in copertura ha un'Età assicurativa inferiore a 18 anni o superiore a 65 anni.

Generali Italia non rinnova la copertura degli Assicurati che hanno superato i 65 anni di Età assicurativa.

## CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

### Art. 4 Esclusioni e limitazioni

L'assicurazione vale per qualunque causa, con le seguenti esclusioni e limitazioni.

#### Esclusioni

Generali Italia non paga la prestazione se **il decesso è causato da:**

- a) delitti dolosi del Beneficiario;
- b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare;
- d) partecipazione non attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o di guerra civile se
  - l'Assicurato si trova già nel territorio interessato dagli atti di guerra e il decesso si verifica dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità,
  - al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un Paese dove c'è una situazione di guerra o similari;
- e) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di mezzi non autorizzati al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- f) suicidio, se avviene entro il primo anno dall'entrata in vigore della Posizione individuale;
- g) eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni.

Generali Italia non paga la prestazione se **le malattie gravi sono causate da:**

- anomalie congenite o esiti di infortuni o malattie che si sono manifestati, o sono stati diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima dell'entrata in vigore della Posizione individuale;
- lesioni o malattie intenzionalmente procurate dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, volontario rifiuto di seguire prescrizioni mediche o esposizione volontaria al pericolo;
- abuso di alcool, droghe o altre sostanze tossiche;
- eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni.

Per le **singole malattie gravi** valgono, inoltre, le seguenti esclusioni:

#### Cancro

Sono esclusi i seguenti tumori:

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

#### Chirurgia dell'aorta

Sono esclusi gli interventi chirurgici subiti in conseguenza di lesioni traumatiche dell'aorta.

#### Chirurgia delle valvole cardiache

È esclusa la sostituzione di protesi valvolari.

#### Chirurgia di by-pass aorto-coronarico

Sono esclusi l'angioplastica, l'impianto di stent o qualsiasi altra procedura percutanea o non chirurgica.

#### Ictus

Sono esclusi dalla garanzia per l'ictus:

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

### **Sindrome coronarica acuta**

Sono esclusi dalla garanzia:

- angina pectoris stabile;
- angina instabile;
- sindrome coronarica indotta da sostanze stupefacenti;
- sindrome di Tako-Tsubo.

### **Insufficienza renale**

Sono escluse le forme che non rendono necessaria la dialisi cronica regolare.

### **Trapianto degli organi principali**

È escluso dalla garanzia il trapianto di qualsiasi altro organo, di parti di organo o di qualsiasi altro tessuto o cellule.

### **Limitazioni**

Fino alla conclusione del processo di selezione del rischio, Generali Italia offre una copertura provvisoria agli Assicurandi per il solo caso di decesso da infortunio. Si intende per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili, che hanno come conseguenza il decesso.

Tale copertura provvisoria non opera per i singoli Assicurandi se il Contraente non presenta:

- la documentazione prevista dal contratto, entro 30 giorni dalla data di ingresso in copertura indicata dal Contraente;
- l'eventuale ulteriore documentazione, entro 30 giorni dalla data in cui Generali Italia la richiede.

## **CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?**

### **Art. 5 Dichiarazioni**

Generali Italia consente l'assicurazione delle Posizioni individuali e determina i relativi Premi in base alle dichiarazioni del Contraente e degli Assicurati sui dati e le circostanze richiesti.

Il Contraente e gli Assicurati devono fornire a Generali Italia **informazioni precise e complete** che possono influire sulla valutazione del rischio.

Se il Contraente o l'Assicurato forniscono dati inesatti o parziali sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, si può determinare

- la perdita in tutto o in parte del diritto alle prestazioni, e
- la cessazione dell'assicurazione per la Posizione individuale a cui si riferiscono le dichiarazioni inesatte o parziali<sup>1</sup>.

Se l'età dell'Assicurato è indicata in modo inesatto, Generali Italia può rettificare i Premi o le prestazioni, ossia ricalcolarli sulla base dell'età corretta. Se in base all'età effettiva la persona risulta non assicurabile, Generali Italia può risolvere l'assicurazione riferita alla Posizione individuale.

Il contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni vigenti in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza/domicilio o sede in Italia rilasciata dal Contraente. Il Contraente si impegna a comunicare entro 30 giorni a Generali Italia lo spostamento di residenza, domicilio o sede in altro Stato dell'Unione Europea. Se il Contraente non effettua la comunicazione, è responsabile per ogni eventuale danno causato a Generali Italia, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza/domicilio.

### **Art. 6 Ingresso e uscita dall'assicurazione**

**Il Contraente deve fornire** a Generali Italia le **seguenti informazioni** per ciascun Assicurando che intende inserire in copertura: cognome, nome, sesso, data di nascita, codice fiscale e capitale da assicurare o, in alternativa, Premio da versare.

Il Contraente deve inoltre fornire ogni documentazione che Generali Italia richiede.

Per ogni Posizione individuale, la copertura in ogni caso si attiva:

- in base alle **dichiarazioni** che l'Assicurando fornisce al momento dell'ingresso in assicurazione,
- se gli **accertamenti sanitari** previsti hanno esito favorevole,

<sup>1</sup> Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

- e se il Contraente versa il **Premio di assicurazione** entro 30 giorni dalla data di emissione della quietanza.

La Posizione individuale si estingue alla data di **risoluzione del rapporto** di lavoro o di **uscita** dell'Assicurato **dalla categoria** di dipendenti a cui si applicano i Contratti Collettivi Nazionali di lavoro di categoria, Accordi, Regolamenti Aziendali (→ Art. 1). Il Contraente deve dare tempestiva comunicazione a Generali Italia della data di risoluzione del rapporto di lavoro, o di uscita dell'Assicurato dalla suddetta categoria di dipendenti e indicare gli estremi della Posizione individuale.

Se una Posizione individuale si estingue prima della Ricorrenza annuale del contratto per motivi diversi dall'evento assicurato, Generali Italia restituisce al Contraente la parte del Premio annuo versato relativa al periodo per il quale la copertura non opera. Generali Italia trattiene il costo di gestione fisso (→ Art. 17).

### **Art. 7 Documentazione assuntiva**

La documentazione necessaria per l'**accettazione in assicurazione** è dettagliata all'**Allegato II**. La documentazione prevista va presentata entro 30 giorni dalla data di ingresso in copertura indicata dal Contraente.

In base alle risultanze di tale documentazione e comunque a suo insindacabile giudizio, Generali Italia si riserva di:

- richiedere **ulteriore** documentazione sanitaria,
- fissare eventuali **particolari condizioni** di accettazione,
- o **rifiutare il rischio**.

In tali casi Generali Italia informa il Contraente entro 30 giorni dalla data in cui riceve la documentazione. L'eventuale ulteriore documentazione sanitaria va presentata entro 30 giorni dalla data in cui Generali Italia la richiede.

Se il Contraente non presenta la documentazione nei termini indicati, la richiesta di copertura si intende revocata e **priva di effetto dall'origine**. Resta escluso qualsiasi obbligo di Generali Italia verso l'Assicurando.

Generali Italia può applicare un eventuale **Sovrappremio** per la copertura della singola Posizione individuale dalla Data di decorrenza della copertura stessa.

Fino alla conclusione del processo di selezione del rischio, Generali Italia presta una **copertura provvisoria** agli Assicurandi per il solo caso di **decesso da infortunio** (→ Art. 4). Tale copertura provvisoria **si estingue**:

- quando Generali Italia comunica al Contraente il rifiuto del rischio;
- se Generali Italia comunica al Contraente l'applicazione di un Sovrappremio e il Contraente non accetta tale Sovrappremio entro 15 giorni dalla data in cui riceve la comunicazione di Generali Italia.

Se Generali Italia non invia alcuna comunicazione entro 30 giorni da quando riceve la documentazione completa (comprese eventuali integrazioni), il rischio si ritiene accettato a partire dalla data di ingresso in copertura indicata dal Contraente.

Generali Italia può richiedere accertamenti ridotti, in relazione:

- alla numerosità del gruppo da assicurare o
- alle attività normalmente svolte da ciascun Assicurando.

### **Art. 8 Quietanza dei Premi e Appendice-distinta**

In occasione di ciascun versamento di Premio per una o più Posizioni individuali, Generali Italia rilascia al Contraente la relativa quietanza, accompagnata da un'Appendice-distinta che riporta l'elenco degli Assicurati per i quali è stato versato il Premio e i rispettivi capitali assicurati.

**Entro 30 giorni** dalla data in cui riceve l'Appendice-distinta, il Contraente deve comunicare a Generali Italia eventuali rilievi sui dati in essa evidenziati. In mancanza di rilievi, l'Appendice-distinta **si intende controllata e ritenuta esatta**. Generali Italia rilascia annualmente la certificazione necessaria ai fini fiscali in base alle normative in materia. Il Contraente può richiedere per particolari motivi di non ricevere tale certificazione. A tal fine, deve inviare una comunicazione scritta che Generali Italia deve ricevere entro il 31 dicembre dell'anno di versamento del Premio.

### **Art. 9 Richieste di pagamento**

**Tutte le richieste di pagamento** devono essere inviate in forma scritta a Generali Italia<sup>2</sup> o all'agenzia alla quale è assegnato il contratto, accompagnate da:

- documento di identità e codice fiscale di chi invia la richiesta (se non sono già stati presentati o sono scaduti);
- documenti necessari per verificare l'obbligo di pagamento e per individuare i Beneficiari.

<sup>2</sup> La comunicazione va inviata a Generali Italia S.p.A. via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto (TV).

Documenti necessari per **pagamenti per decesso** dell'Assicurato:

- autocertificazione della morte dell'Assicurato firmata da un erede<sup>3</sup> (oppure certificato di morte);
- relazione del medico curante (medico di medicina generale oppure medico specialista) sulle cause e circostanze del decesso e sulle condizioni di salute e abitudini di vita dell'Assicurato<sup>4</sup>;
- ulteriore documentazione eventualmente richiesta da Generali Italia se il caso specifico presenta particolari esigenze di verifica, come per esempio:
  - cartelle cliniche di ricoveri per un periodo compatibile con il normale decorso della patologia rilevata dal medico curante;
  - esami clinici;
  - verbale del Servizio di Emergenza-Urgenza Sanitaria (es. 118);
  - verbale dell'autopsia se eseguita;
  - se il decesso è per una causa diversa da malattia: verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di apertura di procedimento penale, copia degli atti più significativi;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà<sup>5</sup> (oppure atto notorio) da cui deve risultare
  - se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento;
  - che il testamento pubblicato è l'ultimo, è valido e non è stato impugnato;
  - l'indicazione degli eredi legittimi e testamentari;
- copia conforme del verbale di pubblicazione del testamento olografo o dell'atto di registrazione del testamento pubblico.

Documenti necessari per **pagamenti per malattia grave** dell'Assicurato:

- relazione del medico curante (medico di medicina generale oppure medico specialista), da cui risulta la malattia o un aggravamento della stessa rispetto a precedenti richieste non riconosciute da Generali Italia<sup>6</sup>;
  - lettera di dimissione ospedaliera o certificato dello specialista da cui risultano la diagnosi, la data d'insorgenza, l'origine incidentale o patologica e le informazioni clinico-strumentali idonee a classificare la malattia tra quelle oggetto di assicurazione;
- ulteriore documentazione sanitaria eventualmente richiesta da Generali Italia.

Le informazioni per la redazione delle richieste si possono trovare sul sito internet [www.generali.it](http://www.generali.it) e presso le agenzie.

Generali Italia esegue i pagamenti entro 30 giorni da quando riceve la documentazione completa. Dopo tale termine Generali Italia deve pagare anche gli interessi legali.

#### **Art. 10 Denuncia, accertamento e riconoscimento della malattia grave**

L'Assicurato o un suo rappresentante **devono denunciare** per iscritto, a Generali Italia o all'agenzia alla quale è assegnato il contratto, la malattia grave **entro 90 giorni** dalla data di diagnosi della stessa, allegando la documentazione prevista dall'Art. 9. Trascorso questo termine, Generali Italia si riserva il diritto di non pagare il capitale assicurato in caso di malattia grave.

**Il periodo di accertamento** della malattia grave non può superare i 30 giorni dalla data in cui Generali Italia riceve la documentazione completa (**data di denuncia**).

L'Assicurato deve consentire a Generali Italia tutte le indagini e visite mediche che essa ritiene necessarie ai fini dell'accertamento. Deve inoltre sciogliere dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Entro il periodo di accertamento, Generali Italia comunica per iscritto al Contraente se riconosce o meno la prestazione ed esegue il pagamento della prestazione se l'ha riconosciuta.

A partire dalla data di denuncia della malattia grave, i versamenti delle rate di Premio dovute sono sospesi.

Se non riconosce la prestazione, Generali Italia informa il Contraente che i versamenti delle rate di Premio sono riattivati. Il Contraente è tenuto a versare le eventuali rate di Premio sospese senza interessi.

#### **Art. 11 Arbitrato in caso di controversie**

In caso di controversie di natura medica, ciascuna delle parti (Generali Italia e l'Assicurato o un suo legale rappresentante) può demandare per iscritto la decisione a un confronto tra un medico fiduciario di Generali Italia e un medico nominato dall'Assicurato. L'accordo è vincolante per le parti. In caso di disaccordo sui punti controversi, i due medici possono nominare un terzo con il

<sup>3</sup> L'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione a Generali Italia a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione.

<sup>4</sup> È possibile utilizzare un modulo messo a disposizione da Generali Italia.

<sup>5</sup> Redatta in conformità all'Art. 21 c. 2 del D.P.R. 445/2000, cioè con firma autenticata da un pubblico ufficiale.

<sup>6</sup> È possibile utilizzare un modulo messo a disposizione da Generali Italia.

consenso delle parti. Se i due medici non si accordano sulla nomina del terzo, tale nomina, anche su istanza di una sola delle parti, è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e le competenze del medico da essa nominato. Inoltre, contribuisce per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico (composto dai 3 medici) sono prese a maggioranza dei voti, con esonero da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti. Le parti 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, che deve essere redatto in doppio originale, uno per ciascuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

## QUANDO E COME DEVO PAGARE?

### Art. 12 Premi

Il Contraente si impegna, **per ciascun Assicurando e all'inizio di ogni Anno assicurativo**, a versare il **Premio monoannuale** di assicurazione. Generali Italia calcola il Premio in base:

- al sesso,
- all'Età assicurativa raggiunta alla Data di decorrenza della copertura o alla data di Ricorrenza annuale del contratto,
- al relativo capitale assicurato.

Al valore così ottenuto, Generali Italia aggiunge un costo di gestione fisso (→ Art. 17) per ogni Posizione individuale.

Il calcolo del Premio è dettagliato nell'**Allegato I**.

Se l'assicurazione ha durata inferiore all'anno, Generali Italia calcola il Premio in proporzione ai giorni di durata della copertura.

### Art. 13 Mezzi di versamento del Premio

Il Contraente può versare i Premi all'agenzia di riferimento oppure a Generali Italia, con uno dei seguenti mezzi di pagamento:

- P.O.S. o altri mezzi di pagamento elettronico disponibili in agenzia
- bonifico bancario su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto dedicato dell'intermediario
- bollettino postale intestato a Generali Italia o all'intermediario, espressamente in tale qualità, su conto corrente postale dedicato<sup>7</sup>
- assegno circolare non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario, espressamente in tale qualità
- assegno bancario o postale<sup>8</sup> non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario, espressamente in tale qualità
- altre modalità offerte dal servizio bancario o postale
- impiego di importi di altre Polizze pagati in pari data da Generali Italia

**Non è possibile versare i Premi in contanti.**

## QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

### Art. 14 Durata

#### Durata del contratto

Il contratto ha una durata minima di 1 anno e massima di 5 anni a partire dalla Data di decorrenza del contratto stesso.

Il contratto **si rinnova automaticamente** alla scadenza, **di anno in anno**. Il Contraente o Generali Italia possono inviare **disdetta** a mezzo PEC o lettera raccomandata A.R. almeno **3 mesi prima della scadenza**.

#### Durata delle Posizioni individuali

Ciascuna Posizione individuale ha durata pari a 1 anno, o inferiore a 1 anno per ingressi in assicurazione in data diversa dalla Data di decorrenza del contratto o dalla sua Ricorrenza annuale. **Si rinnova automaticamente di anno in anno, fino al verificarsi** di una delle seguenti situazioni:

- scadenza del contratto successiva alla disdetta
- superamento dei 65 anni di Età assicurativa dell'Assicurato

<sup>7</sup> Si tratta del conto separato, previsto ai sensi dell'Art. 117 "Separazione patrimoniale" del D.lgs. 209/2005 - Codice delle Assicurazioni, nonché ai sensi dell'Art. 63 "Obbligo di separazione patrimoniale" del Regolamento IVASS 40/2018, che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei Premi assicurativi.

<sup>8</sup> In relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il versamento del Premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

Ciascuna Posizione individuale **si estingue nel momento in cui si verifica** una delle seguenti situazioni, che il Contraente deve comunicare con tempestività a Generali Italia (→ Art. 6):

- risoluzione del rapporto di lavoro o uscita dell'Assicurato dalla categoria di dipendenti a cui si applicano i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria, Accordi, Regolamenti Aziendali
- decesso dell'Assicurato o riconoscimento dello stato di invalidità permanente a seguito di malattia grave

### Art. 15 Conclusione del contratto ed entrata in vigore delle Posizioni individuali

#### Conclusione del contratto

Il contratto è concluso, vale a dire si perfeziona, quando Generali Italia ha consegnato la Polizza al Contraente o gli ha inviato il consenso scritto alla Proposta di assicurazione. Da questo momento il Contraente si impegna a versare il Premio.

#### Entrata in vigore delle Posizioni individuali

Per ciascuna Posizione individuale la copertura assicurativa decorre, vale a dire inizia ad avere effetto, dalla data richiesta dal Contraente ed è subordinata alle condizioni previste dagli Articoli 6 e 7.

## COME POSSO RISOLVERE IL CONTRATTO?

### Art. 16 Interruzione del versamento dei Premi: risoluzione

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

Il contratto si risolve se il Contraente non versa una annualità di Premio entro 30 giorni dalla data di Ricorrenza annuale del contratto stesso.

## QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

### Art. 17 Costi

Generali Italia applica ai Premi versati i Caricamenti indicati nella seguente tabella.

| Tipologia di costo            | Caricamento  | Quota parte percepita dall'intermediario |
|-------------------------------|--|--|
| Costo di gestione fisso       | € 2,50 per ciascuna Posizione individuale                      | 8,00%                                    |
| Costo di gestione percentuale | 4,00% applicato al Premio al netto del costo di gestione fisso | 0,00%                                    |
| Costo di acquisizione         | 8,00% applicato al Premio al netto del costo di gestione fisso | 100,00%                                  |

Generali Italia può richiedere il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica. Il Contraente paga il costo della visita, pari alla tariffa applicata dal medico o dalla struttura cui si è rivolto l'Assicurato.

## SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI? NO

### Art. 18 Riscatto e riduzione

Il contratto **non prevede** valori di riscatto e riduzione.

## ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI AL CONTRATTO

### Art. 19 Beneficiario

I Beneficiari delle prestazioni sono:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato, gli eredi testamentari in parti uguali o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi in parti uguali;
- b) in caso di malattia grave, l'Assicurato stesso.

#### Diritto proprio del Beneficiario

Il Beneficiario acquista un diritto proprio alle prestazioni dell'assicurazione<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Art. 1920 del Codice Civile.

Le prestazioni pagate al Beneficiario a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario dell'Assicurato stesso.

#### **Art. 20 Non pignorabilità e non sequestrabilità**

Nei limiti di legge<sup>10</sup> le somme dovute da Generali Italia al Contraente o al Beneficiario non possono essere pignorate né sequestrate.

#### **Art. 21 Foro competente**

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

Per queste controversie, l'azione giudiziale è possibile dopo aver tentato la mediazione depositando un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice competente per territorio<sup>11</sup>.

Le istanze scritte di mediazione nei confronti di Generali Italia devono essere inviate a:

Generali Italia S.p.A.

Via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto (TV)

e-mail: [generali\\_mediazione@pec.generaligroup.com](mailto:generali_mediazione@pec.generaligroup.com)

In alternativa alla mediazione, è possibile ricorrere all'Arbitro Assicurativo ([www.arbitroassicurativo.org](http://www.arbitroassicurativo.org)).

#### **Art. 22 Informativa dati personali**

Il Contraente si impegna a fornire agli Assicurati l'Informativa Contrattuale, di cui alla normativa sulla privacy (Regolamento UE N. 679/2016 - GDPR), predisposta da Generali Italia. Inoltre, se è previsto il trattamento dei dati particolari degli Assicurati, il Contraente si impegna ad acquisire e trasmettere a Generali Italia il consenso degli Assicurati al trattamento dei dati stessi. In questo caso il Contraente provvede ad adottare modalità di acquisizione e trasmissione di tali dati particolari, che non consentono al Contraente di prenderne visione e ne garantiscono la riservatezza.

Il Contraente si obbliga a tenere indenne Generali Italia da ogni eventuale danno causato dal mancato rispetto di quanto sopra e, in ogni caso, dall'inosservanza della normativa sulla privacy da parte del Contraente stesso.

#### **Art. 23 Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali**

Generali Italia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare una prestazione o a riconoscere un beneficio in applicazione di questo contratto, se il fatto di garantire la copertura assicurativa, pagare una prestazione o riconoscere un beneficio espone Generali Italia a sanzioni anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America o dell'Italia.

#### **Art. 24 Rinvio alle norme di legge**

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

<sup>10</sup> Art. 1923 del Codice Civile.

<sup>11</sup> Artt. 4 e 5 del D.Lgs. 4.3.2010, così come modificato dalla Legge 9.8.2013 n. 98.

## ALLEGATO I – TARIFFA DREAD DISEASE

Premio annuo di assicurazione per € 1,00 di capitale assicurato in caso di decesso o di malattia grave dell'Assicurato se l'evento si verifica entro il termine stabilito di un anno, trascorso il quale l'assicurazione si estingue (da sommare al costo fisso di € 2,50 per ogni Posizione individuale).

| <b>Età</b> | <b>Premio Maschi</b> | <b>Premio Femmine</b> |
|------------|----------------------|-----------------------|
| 18         | 0,00111              | 0,00062               |
| 19         | 0,00118              | 0,00062               |
| 20         | 0,00123              | 0,00063               |
| 21         | 0,00128              | 0,00062               |
| 22         | 0,00131              | 0,00064               |
| 23         | 0,00131              | 0,00063               |
| 24         | 0,00135              | 0,00064               |
| 25         | 0,00135              | 0,00064               |
| 26         | 0,00135              | 0,00066               |
| 27         | 0,00138              | 0,00073               |
| 28         | 0,00139              | 0,00083               |
| 29         | 0,00140              | 0,00087               |
| 30         | 0,00143              | 0,00091               |
| 31         | 0,00148              | 0,00095               |
| 32         | 0,00157              | 0,00107               |
| 33         | 0,00171              | 0,00120               |
| 34         | 0,00187              | 0,00129               |
| 35         | 0,00198              | 0,00140               |
| 36         | 0,00212              | 0,00158               |
| 37         | 0,00227              | 0,00180               |
| 38         | 0,00258              | 0,00196               |
| 39         | 0,00287              | 0,00221               |
| 40         | 0,00323              | 0,00239               |
| 41         | 0,00375              | 0,00264               |
| 42         | 0,00442              | 0,00286               |
| 43         | 0,00515              | 0,00304               |
| 44         | 0,00617              | 0,00344               |
| 45         | 0,00687              | 0,00377               |
| 46         | 0,00780              | 0,00409               |
| 47         | 0,00880              | 0,00451               |
| 48         | 0,00983              | 0,00493               |
| 49         | 0,01037              | 0,00537               |
| 50         | 0,01126              | 0,00563               |
| 51         | 0,01264              | 0,00614               |
| 52         | 0,01370              | 0,00647               |
| 53         | 0,01544              | 0,00711               |
| 54         | 0,01645              | 0,00741               |
| 55         | 0,01722              | 0,00799               |
| 56         | 0,01803              | 0,00839               |
| 57         | 0,01970              | 0,00895               |
| 58         | 0,02107              | 0,00961               |
| 59         | 0,02283              | 0,01035               |
| 60         | 0,02357              | 0,01094               |
| 61         | 0,02501              | 0,01169               |
| 62         | 0,02670              | 0,01284               |
| 63         | 0,02831              | 0,01377               |
| 64         | 0,03079              | 0,01500               |
| 65         | 0,03391              | 0,01691               |

## ALLEGATO II – DOCUMENTAZIONE ASSUNTIVA

In riferimento a quanto previsto all'art. 7 delle Condizioni di assicurazione e in relazione all'entità del capitale da assicurare per ciascun Assicurando, per l'accettazione in copertura è necessario presentare:

- per un capitale assicurato **inferiore o uguale a €100.000**, il Modulo per l'assicurazione Dread Disease (**Allegato III**), compilato e sottoscritto dall'Assicurando, o il Questionario sanitario (**Allegato IV**) se l'Assicurando non può sottoscrivere le dichiarazioni del Modulo;
- per un capitale assicurato **superiore a €100.000 e fino a €300.000**, il Modulo per l'assicurazione Dread Disease (**Allegato III**) e il Questionario sanitario (**Allegato IV**);
- per un capitale assicurato **superiore a €300.000 e fino a €350.000**, oltre a quanto sopra richiesto, la relazione di visita medica redatta su specifico modulo (**Modello 16**) da un medico di fiducia di Generali Italia o da uno specialista in cardiologia o medicina interna, corredata dell'esame completo delle urine praticato presso un laboratorio, degli esami ematici (azotemia, glicemia, colesterolemia totale, H.D.L., trigliceridemia, uricemia, HCV, HBsAg, se positivo anche HBeAg, PSA totale e libero per uomini di età superiore a 45 anni), esame teleradiografico del torace, ECG basale e da sforzo massimale (al cicloergometro o tappeto rotante) con tracciati completi di tutte le 12 derivazioni per ogni carico di lavoro e con indicazione della pressione arteriosa sistolica e diastolica per ogni carico di lavoro.

Qualora l'Assicurando non si sottoponga agli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, verrà applicato, per la sola copertura del caso morte, un periodo di carenza di 7 anni durante il quale la copertura assicurativa non sarà operante in caso di decesso dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero a patologie ad essa collegate.

Il Contraente è tenuto a comunicare a Generali Italia l'esistenza di ogni altra Polizza assicurativa sulla vita dei medesimi dipendenti, da esso stesso stipulata o di cui è a conoscenza.

Generali Italia terrà conto delle eventuali altre Polizze stipulate per la valutazione del rischio e per l'individuazione della somma sotto rischio complessiva.

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

## ALLEGATO III – MODULO PER L'ASSICURAZIONE DREAD DISEASE

Contratto n. ....

### MODULO PER L'ASSICURAZIONE DREAD DISEASE

#### Dati Anagrafici

Cognome ..... Nome ..... Sesso: M  F

Luogo e data di nascita: .....

Codice Fiscale: .....

Azienda di appartenenza: .....

Professione dell'Assicurando (specificare dettagliatamente):  
.....

#### Dichiarazioni dell'Assicurando

Il sottoscritto Assicurando:

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

Luogo e data .....

Firma dell'Assicurando



.....

**Qualora l'Assicurando non possa sottoscrivere le dichiarazioni di questo Modulo, è necessaria la compilazione integrale del Questionario sanitario (Allegato IV).**

#### Avvertenze relative ai Questionari:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- b) prima della sottoscrizione del Questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti da Generali Italia, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico;
- d) l'Assicurando non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

**L'Assicurando dovrà firmare il consenso al trattamento assicurativo di dati particolari.**

Contratto n. ....

**QUESTIONARIO SANITARIO**

| Dati Anagrafici   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Cognome e Nome .....  | Data di nascita ...../...../..... |
| Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>              | Codice Fiscale .....              |
| Dipendente di (*) .....   |                                   |
| (*) indicare il Contraente del Contratto collettivo o l'Azienda associata |                                   |
| Professione dell'Assicurando (specificare dettagliatamente):<br>.....     |                                   |

**È nell'interesse dell'Assicurando non tacere notizie sul proprio stato di salute: l'occultamento delle stesse (malattia, interventi chirurgici, esiti di esami, invalidità, ecc.) espone i Beneficiari della Polizza al rischio di contestazione circa il pagamento delle somme assicurate (Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile). È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.**

**BARRARE SÌ o NO**

1. Indicare peso ed altezza attuali:    Peso kg. .... Altezza cm. ....
  2. Fuma o ha mai fumato? **SÌ**  **NO**   
 Se SÌ, indicare la quantità giornaliera e il periodo .....
  3. Beve più di quattro bicchieri di alcolici al giorno? **SÌ**  **NO**   
 Se SÌ, indicare la quantità giornaliera e il periodo .....
  4. È incapace di svolgere i seguenti "atti elementari della vita quotidiana": farsi il bagno o la doccia, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare? **SÌ**  **NO**   
 Se SÌ, indicare quali .....
- Cause ed eventuale patologia .....
- Limitazioni alla vita quotidiana (es: fare la spesa, guidare l'automobile, prepararsi da mangiare, fare pulizie, maneggiare denaro, praticare i suoi hobbies, svolgere attività sportiva, seguire correttamente una terapia medica, telefonare, ...)  
 .....

**SOFFRE O HA MAI SOFFERTO DI**

5. Diabete? **SÌ**  **NO**   
 Se SÌ, indicare, diabete tipo 1 o diabete tipo 2 .....
- Data diagnosi .....
- Valori recenti di glicemia ..... Emoglobina glicata .....
- Eventuali complicazioni/ricoveri **SÌ**  **NO**   
 Se SÌ, indicare quali .....
- Terapia eseguita e/o in corso (indicare se insulino dipendente) .....
6. Malattie coronariche? **SÌ**  **NO**   
 Se SÌ, indicare data diagnosi .....
- Evento acuto che ha condotto alla diagnosi (infarto, angina etc.) .....
- Numero di vasi coinvolti (monovasale, bivasale o trivasale) .....
- Eventuali complicanze (aritmie, cardiomiopatie, valvulopatie, pace maker/defibrillatore etc.) **SÌ**  **NO**   
 Se SÌ, indicare quali .....
- Intervento chirurgico/ricoveri? **SÌ**  **NO**

Se SÌ, indicare quando e il motivo .....

Terapia eseguita e/o in corso .....

7. Ipertensione arteriosa? **SÌ**  **NO**

Se SÌ, indicare data diagnosi .....

Terapia eseguita e/o in corso .....

È in compenso farmacologico? **SÌ**  **NO**

Valori pressori attuali: Max. .... Min. ....

8. Tumori? **SÌ**  **NO**

Se SÌ, indicare se maligno o benigno .....

Data diagnosi ..... Data eventuale asportazione .....

Localizzazione .....

Stadiazione TNM/Grado .....

Eventuali recidive **SÌ**  **NO**

Se SÌ, indicare quando e il tipo di recidiva .....

Tipo di trattamento .....

9. Epatite B e C? **SÌ**  **NO**

Se SÌ, indicare i valori recenti di:

ALFA FETO PROTEINA:..... AST: .....ALT:.....

GAMMA GT: .....

Data diagnosi: .....

Eventuali complicanze (fibrosi, cirrosi, tumori...): **SÌ**  **NO**

Se SÌ, indicare quali: .....

Stato attuale/eventuale guarigione: .....

Terapia eseguita e/o in corso: .....

- Se affetto da Epatite B, indicare valori recenti di:

HBsAg: ..... HBV DNA: ..... HBeAg: .....

- Se affetto da Epatite C, indicare valori recenti di:

HCV: ..... HCV RNA .....

10. Soffre o ha sofferto di malattie o menomazioni fisiche non rientranti nelle categorie sopra elencate? **SÌ**  **NO**

(NON INDICARE sindromi influenzali o da raffreddamento, delle malattie esantematiche dell'infanzia, di interventi di chirurgia estetica, di forme allergiche che non necessitano di terapia, di cefalee muscolo-tensive e di ricoveri avvenuti con completa guarigione per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia).

Se SÌ, indicare quali .....

Grado/forma/stadio .....

Epoca e durata .....

Quale terapia segue o ha seguito .....

Esito dell'ultimo esame eseguito in relazione alla malattia sofferta .....

11. Si è mai sottoposto ad esami clinico/strumentali (analisi di laboratorio, visite specialistiche, altro) che abbiano rivelato situazioni NON normali negli ultimi 5 anni? **SÌ**  **NO**

Se SÌ, indicare quali .....

Epoca .....

Esito: .....

12. È mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali o strutture simili per interventi chirurgici, procedure invasive, per semplici accertamenti o esami biotici? **SÌ**  **NO**

Oppure si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapie a base di emoderivati? **SÌ**  **NO**

(NON INDICARE ricoveri avvenuti da oltre un mese, con completa guarigione, per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia).

Se SÌ, indicare quando .....

Motivo .....

Durata .....

Esito .....

13. È o è stato titolare di assegno di invalidità/pensione di inabilità oppure ha in corso pratiche per il riconoscimento di invalidità / inabilità? **SÌ**  **NO**

Se SÌ, indicare Ente .....

Data del riconoscimento o della richiesta .....

Motivo .....

Grado di invalidità .....

14. Indicare Cognome e Nome del Medico curante .....

Il sottoscritto Assicurando:

- dichiara, per ogni conseguente effetto, che le risposte e le informazioni in ordine ed ogni singola domanda del Questionario sono complete, veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in ordine al Questionario stesso sulla base del quale verrà prestata la copertura e di assumersi in proprio la paternità e la responsabilità delle risposte, anche nel caso in cui, secondo le indicazioni del sottoscritto medesimo, altri ne abbia curato la materiale compilazione. Il sottoscritto è consapevole e dà atto che tutte le risposte e le informazioni fornite con il Questionario sopra riportato sono essenziali ai fini della stipula del contratto, poiché in base alle stesse Generali Italia determina le condizioni di assicurabilità del rischio;
- prende atto che non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi;
- conferma pertanto che le stesse informazioni e risposte sono assolutamente veritiere ed esatte e di non aver taciuto, omessa o alterata alcuna circostanza in relazione a quanto richiesto, assumendo ogni responsabilità delle risposte, anche se scritte da altri;
- proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente modulo, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti o Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, Generali Italia credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione o documentazione;
- prende atto che, in presenza di condizioni di non assicurabilità/esclusioni, il Contraente/datore di lavoro verrà informato sull'esito della valutazione del rischio.
- 

-----  
(Luogo e data)

-----  
(Nome e Cognome leggibile)

-----  
(Firma)

**L'Assicurando dovrà firmare il consenso al trattamento assicurativo di dati comuni e particolari.**

**ULTERIORE DOCUMENTAZIONE IN CASO DI RISPOSTE AFFERMATIVE NELL'ALLEGATO IV**

In caso di risposta affermativa al punto 5 (diabete), integrare l'allegato IV con la seguente documentazione:

- visita diabetologica recentemente effettuata, con indicazione della terapia in atto e follow up, completa di valori pressori, glicemia, emoglobina glicata, creatinina, azotemia, microalbuminuria, colesterolo totale, Hdl, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, esame urine e completa di eventuali esami clinico-strumentali correlati.

In caso di risposta affermativa alla terza precisazione del punto 6 (malattie coronariche), integrare l'allegato IV con la seguente documentazione:

- lettera di dimissione relativa all'ultimo ricovero,
- visita cardiologica recente con diagnosi, prognosi e terapia in atto.

In caso di risposta affermativa al punto 8 (tumori), integrare l'allegato IV con la seguente documentazione:

- lettera di dimissioni relativa all'ultimo ricovero o intervento, con istologia e stadiazione TNM,
- ultime visite oncologiche effettuate con indicazione della diagnosi, della terapia, della situazione attuale, del follow-up corredate dagli esami clinico-strumentali eseguiti.

In caso di risposta affermativa al punto 9 (epatite B e C), integrare l'allegato IV con la seguente documentazione:

- visita gastroenterologica attestante stato attuale, data di infezione, eventuale terapia, eventuali complicanze e copia di ecografia epatica, fibroscan e biopsia epatica (se eseguite).

In caso di risposta affermativa al punto 10 (malattie o menomazioni fisiche non rientranti nelle categorie già elencate nell'allegato IV), qualora si tratti di:

- forme allergiche moderate e/o gravi, in cura con cortisonici, integrare l'allegato IV con la seguente documentazione:
  - spirometria,
- asma, integrare l'allegato IV con la seguente documentazione:
  - visita pneumologica che attesti il grado di severità dell'asma, la frequenza degli episodi e la terapia in atto,
  - spirometria,
- altre malattie/menomazioni fisiche diverse dalle precedenti:
  - Generali Italia si riserva di richiedere documentazione specifica a seconda del tipo di malattia/menomazione fisica indicata.

Vi facciamo presente fin da ora che, dall'esito della valutazione medica dell'intera documentazione, potrebbe risultare necessario richiedere degli ulteriori esami per una corretta valutazione del rischio.

