

ACTIVE VITA

ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE,
MALATTIE GRAVI E NON AUTOSUFFICIENZA
CON RENDITA TEMPORANEA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione
(MOD. I4003 2 – ED. 06/2022)
sono parte integrante del Set Informativo,
unitamente ai documenti informativi precontrattuali:

- DIP Vita
(MOD. I4003 DIP VITA – ED. 06/2022)
- DIP Danni
(MOD. I4003 DIP DANNI – ED. 06/2022)
- DIP Aggiuntivo Multirischi
(MOD. I4003 DIP AGG – ED. 06/2022)

e sono redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018.

Privati



PERSONA



Cattolica Assicurazioni ha una soluzione per tutto ciò che riguarda la tua vita. Perché la vita è fatta per essere vissuta.

PRONTI ALLA VITA. | cattolica.it | scarica l'app    

CATTOLICA
ASSICURAZIONI
DAL 1896



PRONTI
ALLA
CHIAREZZA

Per rendere un po' più facili da capire cose per definizione complesse, abbiamo cercato di semplificare (ove possibile) il linguaggio assicurativo e applicato una coerenza - anche visiva - ai contenuti.

In questo fascicolo, gli elementi costanti sono stati armonizzati e gli elementi di attenzione vengono identificati da un intuitivo sistema di linee guida per la consultazione e la lettura.

All'inizio di ogni Sezione sono presenti box di consultazione, graficamente distinti e senza valore contrattuale, per introdurre le successive garanzie con un linguaggio più semplice. Con questi box ti aiuteremo a comprendere l'area di rischio interessata dalla Sezione e le esigenze assicurative che la stessa intende coprire.

**CONVENZIONI
GRAFICHE
APPLICATE
NEI TESTI**

MAIUSCOLO

titoli di sezioni, capitoli, articoli, paragrafi

grassetto

punti rilevanti, sottotitoli, parole di riferimento

corsivo

specifiche, richiami a norme o articoli

**ELEMENTI DI
ATTENZIONE
NELLE CONDIZIONI
DI POLIZZA**

**INFORMAZIONE IMPORTANTE**

Le cose chiave e utili da sapere

**FOCUS**

Approfondimenti, specifiche, casi, esempi...

**COSA FARE**

Istruzioni, cosa fare o chi contattare in caso di...

SOMMARIO

GLOSSARIO

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA	8
---------------------------------------	----------

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

SEZIONE 1 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, DIRITTO DI REVOCA E RECESSO	15
1. Modalità di perfezionamento del contratto	15
2. Revoca della proposta	16
3. Diritto di recesso del Contraente	16
SEZIONE 2 - REGOLAMENTAZIONE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE	16
4. Premio	16
5. Costi	18
6. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	18
7. Accertamenti sanitari	18
8. Mancato pagamento del premio annuo: risoluzione del contratto	20
9. Ripresa del pagamento del premio annuo: riattivazione del contratto	20
10. Requisito di assicurabilità	20
11. Conflitto di interesse	21
12. Collegio medico arbitrale	21
13. Beneficiario delle prestazioni	21
SEZIONE 3 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	21
14. Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative	21
SEZIONE 4 - LEGGE APPLICABILE, COMUNICAZIONI E FISCALITA'	22
15. Norme a favore del Contraente	22
16. Imposte e tasse	22
17. Foro competente	22
18. Comunicazioni del Contraente e all'Assicurato alla Compagnia	22
19. Prescrizione	23
20. Legge applicabile al contratto	23

CONDIZIONI PARTICOLARI DI CONTRATTO

GARANZIA TCM A CAPITALE COSTANTE E PREMIO ANNUO COSTANTE

SEZIONE 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	24
1. Prestazioni	24
2. Premio	25
3. Capitale Assicurato	25
4. Requisiti soggettivi	26
5. Durata	26
SEZIONE 2 - DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO, ESCLUSIONI, CARENZE, OPERATIVITA' E CESSAZIONE	26
6. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	26
7. Esclusioni e carenze	26

8. Operatività e cessazione della garanzia Terminal Illness	28
SEZIONE 3 - COSTI	29
9. Costi	29
SEZIONE 4 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	29
10. Documentazione e modalità di pagamento delle prestazioni assicurative	29
SEZIONE 5 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	30
11. Beneficiari delle prestazioni	30

GARANZIA TCM A CAPITALE COSTANTE E PREMIO ANNUO COSTANTE SU DUE ASSICURATI

SEZIONE 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	31
1. Prestazioni	31
2. Premio	32
3. Capitale Assicurato	32
4. Requisiti soggettivi	33
5. Durata	33
SEZIONE 2 - DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO, ESCLUSIONI, CARENZE, OPERATIVITA' E CESSAZIONE	34
6. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	34
7. Esclusioni e carenze	34
8. Operatività e cessazione della garanzia Terminal Illness	36
SEZIONE 3 - COSTI	36
9. Costi	36
SEZIONE 4 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	36
10. Documentazione e modalità di pagamento delle prestazioni assicurative	36
SEZIONE 5 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	38
11. Beneficiari delle prestazioni	38

GARANZIA TCM A CAPITALE DECRESCENTE E PREMIO ANNUO COSTANTE LIMITATO

SEZIONE 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	39
1. Prestazioni	39
2. Premio	39
3. Capitale Assicurato	40
4. Requisiti soggettivi	40
5. Durata	40
SEZIONE 2 - DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO, ESCLUSIONI, CARENZE, OPERATIVITA' E CESSAZIONE	41
6. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	41
7. Esclusioni e carenze	41
8. Operatività e cessazione della garanzia Terminal Illness	43
SEZIONE 3 - COSTI	43
9. Costi	43

SEZIONE 4 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	44
10. Documentazione e modalità di pagamento delle prestazioni assicurative	44

SEZIONE 5 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	45
11. Beneficiari delle prestazioni	45

GARANZIA FACOLTATIVA - INSTANT BENEFIT

SEZIONE 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	46
1. Prestazioni	46
2. Premio	46
3. Capitale Assicurato	46
4. Requisiti soggettivi	47
5. Durata	47

SEZIONE 2 - ESCLUSIONI, CARENZE, OPERATIVITA' E CESSAZIONE	47
6. Esclusioni e carenze	47
7. Operatività e cessazione della garanzia	47

SEZIONE 3 - COSTI	48
8. Costi	48

SEZIONE 4 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	48
9. Documentazione e modalità di pagamento delle prestazioni assicurative	48

SEZIONE 5 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	49
10. Beneficiari delle prestazioni	49

GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA - COMPLEMENTARI INFORTUNI

SEZIONE 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	50
1. Prestazioni	50
2. Premio	50
3. Capitale Assicurato	51
4. Requisiti soggettivi	51
5. Durata	51

SEZIONE 2 - ESCLUSIONI, CARENZE, OPERATIVITA' E CESSAZIONE	51
6. Esclusioni e carenze	51
7. Operatività e cessazione della garanzia	52

SEZIONE 3 - COSTI	52
8. Costi	52

SEZIONE 4 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	53
9. Documentazione e modalità di pagamento delle prestazioni assicurative	53

SEZIONE 5 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	53
10. Beneficiari delle prestazioni	53

GARANZIA MALATTIE GRAVI

SEZIONE 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	55
1. Prestazioni	55
2. Premio	55
3. Capitale Assicurato	56
4. Requisiti soggettivi	57
5. Durata	57
6. Definizione delle malattie gravi oggetto della garanzia	57
SEZIONE 2 - ESCLUSIONI, CARENZE, PERIODO DI QUALIFICAZIONE E CESSAZIONE	61
7. Esclusioni e carenze	61
8. Periodo di qualificazione	62
9. Cessazione della garanzia	62
SEZIONE 3 - COSTI	62
10. Costi	62
SEZIONE 4 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	62
11. Documentazione e modalità di pagamento delle prestazioni assicurative	62
SEZIONE 5 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	63
12. Beneficiari delle prestazioni	63

GARANZIA MALATTIE GRAVI ANTICIPATIVA

SEZIONE 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	64
1. Prestazioni assicurative	64
2. Premio	65
3. Capitale Assicurato	65
4. Requisiti soggettivi	66
5. Durata	66
6. Definizione delle malattie gravi oggetto della garanzia	66
SEZIONE 2 - ESCLUSIONI, CARENZE, PERIODO DI QUALIFICAZIONE E CESSAZIONE	70
7. Esclusioni e carenze	70
8. Periodo di qualificazione	71
9. Cessazione della garanzia	71
SEZIONE 3 - COSTI	71
10. Costi	71
SEZIONE 4 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	72
11. Documentazione e modalità di pagamento delle prestazioni assicurative	72
SEZIONE 5 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	72
12. Beneficiari delle prestazioni	72

GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA CON RENDITA TEMPORANEA

SEZIONE 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	73
1. Prestazioni assicurative	73
2. Premio	73
3. Rendita Assicurata	74

4. Requisiti soggettivi	75
5. Durata	75
SEZIONE 2 - DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA, ESCLUSIONI, CARENZE, CESSAZIONE	75
6. Definizione dello stato di non autosufficienza	75
7. Rivedibilità dello stato di non autosufficienza	76
8. Esclusioni e carenze	76
9. Cessazione della garanzia	78
SEZIONE 3 - COSTI	78
10. Costi	78
SEZIONE 4 - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	78
11. Documentazione e modalità di pagamento delle prestazioni assicurative	78
SEZIONE 5 - BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI	79
12. Beneficiari delle prestazioni	79
GARANZIA DI ASSISTENZA	
SEZIONE 1 - COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI	80
1. Come attivare le prestazioni	80
SEZIONE 2 - CONDIZIONI DI OPERATIVITA'	81
2. Effetti giuridici	81
SEZIONE 3 - COSA NON E' ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA	82
3. Esclusioni	82
MODULO PER GARANZIA TCM A CAPITALE COSTANTE E PREMIO ANNUO COSTANTE	83
Cosa è assicurato	83
1. Informazioni per adempimenti burocratici	83
2. Consulenza psicologica	83
3. Assistenza presso istituti di cura (veglia)	84
4. Collegamento continuo con istituto di cura	84
5. Rientro al domicilio con ambulanza post dimissione dall'istituto di cura	84
6. Assistenza domiciliare integrata	84
7. Rientro salma	84
8. Invio guardia giurata al domicilio durante la celebrazione delle esequie	86
MODULO PER GARANZIA TCM A CAPITALE COSTANTE E PREMIO ANNUO COSTANTE SU DUE ASSICURATI	87
Cosa è assicurato	87
1. Informazioni per adempimenti burocratici	87
2. Consulenza psicologica	87
3. Assistenza presso istituti di cura (veglia)	87
4. Collegamento continuo con istituto di cura	88
5. Rientro al domicilio con ambulanza post dimissione dall'istituto di cura	88
6. Assistenza domiciliare integrata	88
7. Rientro salma	89
8. Invio guardia giurata al domicilio durante la celebrazione delle esequie	89

MODULO PER GARANZIA MALATTIE GRAVI	90
Cosa è assicurato	90
1. Consulenza medica specialistica	90
2. Medical second opinion	90
3. Trasferimento in un centro medico attrezzato	92
4. Assistenza infermieristica a domicilio	92
5. Assistenza fisioterapica a domicilio	92
6. Consegna farmaci	93
7. Organizzazione trasferimento/soggiorno per terapia fuori sede	93
8. Ricerca e prenotazione centri specialistici e diagnostici	93
9. Collegamento continuo con istituto di cura	94
MODULO PER GARANZIA MALATTIE GRAVI ANTICIPATIVA	95
Cosa è assicurato	95
1. Consulenza medica specialistica	95
2. Medical second opinion	95
3. Trasferimento in un centro medico attrezzato	97
4. Assistenza infermieristica a domicilio	97
5. Assistenza fisioterapica a domicilio	97
6. Consegna farmaci	98
7. Organizzazione trasferimento/soggiorno per terapia fuori sede	98
8. Ricerca e prenotazione centri specialistici e diagnostici	98
9. Collegamento continuo con istituto di cura	99
MODULO PER GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA CON RENDITA TEMPORANEA	100
Cosa è assicurato	100
1. Assistenza infermieristica a domicilio	100
2. Consulenza per adeguamento abitazione a seguito invalidità permanente	100
3. Consegna farmaci presso l'abitazione	100
4. Collaboratrice familiare	101
5. Invio baby sitter	101
6. Accompagnamento a scuola	101
7. Accompagnamento attività extra scolastiche	102
8. Invio di un'ambulanza per rientro all'abitazione	102
9. Custodia animali	102

GLOSSARIO

GLOSSARIO

"Per scegliere, devo capire."

È giusto: per iniziare, ecco la raccolta dei termini - generali e specifici - presenti in queste Condizioni di Assicurazione, spiegati con linguaggio il più possibile chiaro.

Nel Glossario sono riportati i significati delle parole più importanti e ricorrenti utilizzate nelle condizioni contrattuali. Alcune voci sono comuni a tutte le garanzie, altre riguardano Sezioni o garanzie specifiche.

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA

A

ADEGUATA VERIFICA

L'Adeguata Verifica della Clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.

Questa attività prevede i seguenti adempimenti:

- a. identificazione dei soggetti coinvolti nel rapporto assicurativo:
 - cliente (contraente) ed eventuale esecutore;
 - beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa);
 - eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo;
- b. verifica dell'identità dei soggetti coinvolti nel rapporto, di cui al punto a., sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;
- c. acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;
- d. esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.

ANNO ASSICURATIVO

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

APPENDICE

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso insieme o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti, in ogni caso concordati tra la Società e il Contraente.

ASSICURATO O ASSICURATO PRINCIPALE

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che 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.

ASSISTENZA

L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito dalla Società tramite la propria Struttura Organizzativa all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro.

ATTIVITA' PROFESSIONALE PERICOLOSA

Attività professionale che comporti esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive.

ATTIVITA' SPORTIVA PERICOLOSA

Attività sportiva: attività alpinistiche (intese come diverse da semplici escursioni/trekking), attività speleologiche senza guida, automobilismo, motociclismo, motonautica, sport aerei quali deltaplano, deltaplano a motore e parapendio, aliante e ultraleggeri, paracadutismo e tutti i tipi di skydiving, canoa e kayak su rapide in aree remote o su lunghe distanze, vela in caso di traversate transoceaniche o giri al mondo, rafting, slittino e guidoslitta a livello agonistico, pugilato e arti marziali o lotta nelle sue varie forme se fatte a livello professionistico, rugby professionistico, immersioni subacquee con autorespiratore, salti dal trampolino con sci o idrosci, caccia a cavallo, atletica pesante, sport estremi (ad esempio, Base jumping, Bungee Jumping, Canyoning, Zorbing), sci fuori pista.

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**CAPITALE IN CASO DI DECESSO**

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, capitale assicurato che verrà pagato ai Beneficiari designati.

CAPITALE IN CASO DI MALATTIA GRAVE

Indennità liquidabile sotto forma di capitale in caso di malattia grave.

CARENZA

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurativa ma una somma pari all'ammontare dei premi versati.

CESSIONE, PEGNO, VINCOLO

Clausole in base alle quali 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 Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso.

In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

COMPAGNIA (o SOCIETÀ o IMPRESA)

Si intende per definizione e in qualunque circostanza Società Società Cattolica di Assicurazione S.p.A..

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (O DI POLIZZA)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

Clausole di base previste dal contratto di assicurazione, che riguardano gli aspetti generali del contratto quali il pagamento del premio, la decorrenza, la durata. Possono essere integrate da condizioni speciali e particolari.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI CONTRATTO

Insieme di clausole contrattuali con le quali si intendono ampliare o diminuire le clausole di base previste dalle condizioni generali.



CONFLITTO DI INTERESSI

Insieme di tutte quelle situazioni in cui può esserci contrasto fra l'interesse della Compagnia e quello del Contraente.

CONTRAENTE

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

CONTRATTO (DI ASSICURAZIONE SULLA VITA)

Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurativa in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

COSTI (O SPESE)

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

D**DECORRENZA DEL CONTRATTO**

Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

DETRAIBILITÀ FISCALE (DEL PREMIO VERSATO)

Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi, secondo la normativa vigente.

DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI

Informazioni fornite dal Contraente prima della stipula del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione.

Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti o omette di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o meno intenzionale, o gravemente negligente.

DIRITTI (O INTERESSI DI FRAZIONAMENTO)

In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurativa.

DIRITTO PROPRIO (DEL BENEFICIARIO)

Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE

Documento con il quale la Compagnia fornisce al Contraente il riepilogo annuale:

- dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata assicurata, i premi versati e quelli in arretrato;
- dell'importo dei costi e degli oneri a carico nell'anno di riferimento, con specifica indicazione della parte connessa al costo della distribuzione.

DURATA CONTRATTUALE

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

E**ESCLUSIONI/LIMITAZIONI**

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

ETÀ

L'età dell'Assicurato espressa in anni interi, arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.

EUROPA

Tutti i paesi del continente europeo sino agli Urali.

F**FATCA**

Il Foreign Account Tax Compliance Act è una normativa fiscale americana - recepita in Italia dalla Legge, 18 Giugno 2015, n. 95 che ha ratificato e dato esecuzione all'accordo Intergovernativo siglato tra Italia e Stati Uniti il 10 Gennaio 2014 - che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano.

La Compagnia è quindi obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni e una autocertificazione sottoscritta dal contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche).

La Compagnia è inoltre obbligata a effettuare attività di monitoraggio, al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e, conseguentemente, al fisco statunitense (Internal Revenue Service - IRS).

G**GENERALI WELION S.C.A.R.L.**

Generali Welion S.c.r.l., con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, capitale sociale 10.000,00 Euro interamente versato, iscritta al registro delle imprese Venezia Giulia con p.i. 01202150320, appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A.

I**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.

INFORTUNIO

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

INFORTUNIO CONSEGUENTE AD INCIDENTE STRADALE

E' considerato infortunio conseguente ad incidente stradale da circolazione, quell'infortunio cagionato dalla circolazione di veicoli o mezzi meccanici - esclusi quelli ferroviari - su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero.

INTERMEDIARIO

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi, o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.

ISTITUTO DI CURA

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza (RSA), per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

ITALIA

Il territorio della Repubblica Italiana comprensivo di Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

IVASS (ex ISVAP)

L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera

per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore.

Istituito con la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP.

Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".

L

LIQUIDAZIONE

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento Assicurato.

M

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

MONDO

Tutti i Paesi del mondo, salvo quanto eventualmente specificatamente escluso e normato nelle sezioni specifiche.

N

NON AUTOSUFFICIENZA

Incapacità di svolgere autonomamente attività elementari della vita quotidiana.

P

PEGNO

Vedi "cessione".

PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.

PERICOLO DI VITA

Quando la situazione clinica e diagnostica dell'Assicurato, previa valutazione da parte dei medici della Struttura Organizzativa in contatto con i medici curanti in loco, possa far prevedere con buona attendibilità, il decesso dello stesso.

PERIODO DI COPERTURA (O DI EFFICACIA)

Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

PERIODO DI QUALIFICAZIONE

Periodo durante il quale, pur essendosi verificato l'evento assicurato, la Compagnia non effettua il pagamento della prestazione assicurata.

POLIZZA

Documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

POLIZZA CASO MORTE (O IN CASO DI DECESSO)

Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Compagnia si impegna al pagamento della prestazione assicurativa al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. La Polizza caso morte è temporanea, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata del contratto.

POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Contratto di assicurazione con il quale la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza a una

certa data.

Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.

POLIZZA DI PURO RISCHIO

Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità, le malattie gravi, la non autosufficienza e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

PREMIO ANNUO

Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.

PREMIO RATEIZZATO O FRAZIONATO

Parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Compagnia può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.

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.

PROPOSTA

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni in esso indicate.

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.

R

RECESSO O RIPENSAMENTO

Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

RENDITA PER NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

Il pagamento immediato (?) di una rendita per un numero prefissato di anni finché l'assicurato è in vita.

REVOCA

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

RICORRENZA ANNUALE

L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

RISCHIO DEMOGRAFICO

In base alle statistiche su età, sesso, provenienza sociale e geografica si determina il rischio demografico, ovvero la differenza tra la durata della vita di una persona e la durata media della vita della popolazione.

Il rischio demografico si verifica sia nel caso in cui la durata della vita dell'assicurato sia inferiore alla media statistica (rischio premorienza), sia nel caso in cui sia superiore (rischio longevità).

S**SECONDO ASSICURATO**

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, nel caso in cui venga selezionata la garanzia "TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati". L'Assicurato e il Secondo Assicurato dovranno essere conviventi, coniugati o uniti civilmente, avere la medesima residenza e la differenza di età tra l'Assicurato e il Secondo Assicurato dovrà essere al massimo pari a 20 anni.

SET INFORMATIVO

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- Documento informativo precontrattuale (DIP Vita);
- Documento informativo precontrattuale (DIP Danni);
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita);
- Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario;
- Modulo di proposta.

SINISTRO

Verificarsi dell'evento di rischio Assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, 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).

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura di IMA Servizi Scarl costituita da medici, tecnici, operatori in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica Convenzione, sottoscritta con IMA Italia Assistance, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato, ed organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.

T**TCM (TEMPORANEA CASO MORTE)**

La TCM o Temporanea caso morte è un'assicurazione in caso di decesso che ha effetto per un determinato periodo di tempo (durata) e che presenta quindi una scadenza oltre la quale la morte dell'Assicurato non comporta più alcuna liquidazione a favore dei Beneficiari.

TERMINAL ILLNESS

Stato di malattia terminale accertato o diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile. La Compagnia corrisponderà il capitale assicurato in caso di decesso, determinato nella modalità sopra definita.

V**VINCOLO**

Vedi "cessione".

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

LE NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO

In questa prima parte vengono indicate le norme che regolano le Condizioni Generali del contratto.

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

SEZIONE 1

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, DIRITTO DI REVOCA E RECESSO

Art. 1 MODALITA' DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Il contratto produce i propri effetti dalle ore 00:00 della data di decorrenza indicata nella proposta, sempre che sia stato pagato il premio e che la Compagnia non comunichi per iscritto, prima di detta data, il proprio rifiuto a contrarre.

Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli **obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 44 del 12 febbraio 2019**, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

Nel termine di 30 giorni dalla data di sottoscrizione della proposta la Compagnia farà pervenire al Contraente una comunicazione scritta di conferma dell'avvenuta stipulazione e della regolare emissione della polizza.
Nel caso di mancato ricevimento della comunicazione nel termine anzidetto, il Contraente potrà richiedere informazioni a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Servizio Clienti - Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona - Italia, telefono 800562562, fax 045-8372317, e-mail infovitaclienti@cattolicaassicurazioni.it.

Qualora, prima della data di decorrenza del contratto, si verifichi il decesso del Contraente ovvero si verifichi il decesso dell'Assicurato, o del Secondo Assicurato (se previsto), la Compagnia rimborserà - nel primo caso agli eredi del Contraente e, nel secondo caso, al Contraente medesimo - il premio da questi corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di decesso.

Art. 2 REVOCA DELLA PROPOSTA



MODALITÀ OPERATIVE

Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente può revocare la proposta di assicurazione, inviando comunicazione scritta alla sede della Compagnia tramite:

- **fax** al numero 0458372317;
- **lettera raccomandata AR** indirizzata a Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Ufficio Gestione Canali Proprietari - Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano - Italia.

La revoca della proposta verrà considerata valida anche nel caso in cui:

- sia pervenuta alla Compagnia successivamente alla decorrenza del contratto, ma inviata entro il periodo consentito sopra indicato;
- sia fatta pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, sempre entro i termini sopra indicati.

MODALITÀ DI CALCOLO

La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.

Art. 3 DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE



MODALITÀ OPERATIVE

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza con comunicazione scritta alla sede della Compagnia tramite:

- **fax** al numero 0458372317;
- **lettera raccomandata AR** indirizzata a Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Ufficio Gestione Canali Proprietari - Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano - Italia.

La comunicazione di recesso verrà considerata valida anche nel caso in cui:

- sia pervenuta alla Compagnia successivamente ai 30 giorni dalla decorrenza del contratto, ma inviata entro il periodo consentito sopra indicato;
- sia fatta pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, sempre entro i termini sopra indicati.

A partire dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso, le parti del contratto si ritengono libere da qualunque obbligo derivante dallo stesso.

MODALITÀ DI CALCOLO

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto al netto delle eventuali imposte di legge.



L'importo così determinato potrà essere inferiore al premio versato dal Contraente.

SEZIONE 2

REGOLAMENTAZIONE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

Art. 4 PREMIO

A fronte delle garanzie selezionate alla sottoscrizione e delle prestazioni assicurate, il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità successivamente previste, un premio annuo costante, per tutta la durata del contratto o per la durata del pagamento premi indicata in polizza, a seconda del tipo di garanzia selezionata, come previsto ai successivi articoli delle Condizioni Particolari di Contratto.

A richiesta del Contraente, è consentito corrispondere il premio in rate semestrali, trimestrali o mensili applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento) dello stesso, pari rispettivamente all'1,50%, 2,00% e 3,00%.

Il Contraente può richiedere, entro 60 giorni dalla ricorrenza anniversaria di polizza, una variazione del frazionamento del premio.

La singola rata di premio, in caso di frazionamento infra-annuale, non può risultare inferiore a 30,00 Euro.

Il premio annuo viene determinato nel suo ammontare al momento della stipula del contratto assicurativo ed è comprensivo dei costi indicati al successivo Art. 5 "Costi" e delle eventuali imposte di legge.

Il pagamento del premio, alla sottoscrizione del contratto e alle rate successive, può essere effettuato tramite:

- bonifico bancario (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto ovvero sul conto della Compagnia (modalità prevista esclusivamente per i broker), fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Compagnia si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato direttamente a Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.;
- bonifico postale, postagiuro (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia stessa al momento della stipula del contratto;
- assegno, recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato a: "Ragione sociale Agente, in qualità di Agente di Società Cattolica di Assicurazione";
- carta di debito o carta di credito;
- reinvestimento di capitali provenienti da polizze vita o di capitalizzazione sottoscritte con la Compagnia.

Il pagamento delle rate del premio successive alla prima può essere effettuato anche tramite SDD (Sepa Direct Debit).

In caso di frazionamento mensile è obbligatorio:

- versare le prime tre mensilità di premio anticipate alla sottoscrizione;
- effettuare il pagamento delle rate successive alla prima tramite SDD.

Art. 5 COSTI

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo.

È prevista l'applicazione di un costo fisso pari a 50,00 Euro per ogni premio annuo complessivo di polizza, a prescindere dal numero e dal tipo di garanzie selezionate.

Gli ulteriori costi previsti per ogni garanzia assicurativa selezionata alla sottoscrizione dal Contraente sono disciplinati negli articoli contenuti nelle Condizioni Particolari di Contratto.

Qualora il Contraente corrisponda il premio in rate sub-annuali, la Compagnia applicherà i costi di frazionamento rappresentati nella seguente tabella.

Tabella A

Rateazione del premio annuo	Costi di frazionamento
Annuale	Non previsti
Semestrale	1,50% del premio annuo
Trimestrale	2,00% del premio annuo
Mensile	3,00% del premio annuo

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Art. 6 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Il Contraente, l'Assicurato e il Secondo Assicurato (se previsto), hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

1. HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato, o il Secondo Assicurato (se previsto), abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso, nella forma assicurativa a premio annuo, al premio convenuto per il primo anno.

B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato e al Secondo Assicurato (se previsto), entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Qualora l'Assicurato e/o il Secondo Assicurato (se previsto), che in sede di sottoscrizione della proposta si sia dichiarato "non fumatore" e inizi o ricominci a fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), anche sporadicamente, o viceversa, si sia dichiarato "fumatore" e abbia smesso di fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.) da almeno 24 mesi, dovrà darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società

Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Ufficio Gestione Canali Proprietari - Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano - Italia.

La Compagnia, al ricevimento della comunicazione, provvederà:

- a ricalcolare il premio in caso di variazione dallo stato di "fumatore" a quello di "non fumatore";
- a comunicare il ricalcolo del capitale assicurato in base al premio corrisposto inizialmente ed ai tassi di tariffa che sarebbero stati utilizzati alla stipula per il caso di Assicurato "fumatore" in caso di variazione di stato da "non fumatore" a "fumatore". Il Contraente deve dichiarare entro 15 giorni se intende accettare la modifica contrattuale. Se il Contraente dichiara di non accettare il contratto è risolto. Il silenzio del Contraente vale come adesione alla proposta di modifica.
- La modifica dell'importo del premio annuo, o dell'ammontare del capitale assicurato, ha effetto a partire dalla data di scadenza della prima rata di premio successiva alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato tabagico a condizione che tale richiesta pervenga entro 30 giorni solari dalla scadenza della rata. In caso contrario la modifica avrà effetto a partire dalla rata successiva alla prima in scadenza.

Art. 7 ACCERTAMENTI SANITARI

Questa assicurazione prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante rapporto di visita medica oltre che eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale dello stesso.

Le richieste variano a seconda dell'ammontare del capitale assicurato e dell'età dell'Assicurato, come riassunto di seguito:

- capitali fino a 100.000,00 Euro e per età dell'Assicurato inferiore o uguale a 70 anni è prevista la sottoscrizione di un questionario sanitario semplificato;
- per capitali superiori a 100.000,00 Euro e fino a 300.000,00 Euro e per età dell'Assicurato inferiore o uguale a 60 anni o per capitali fino a 200.000,00 Euro e per età dell'Assicurato inferiore o uguale a 70 anni è prevista la sottoscrizione di un questionario sanitario;

Invece:

- per capitali fino a 600.000,00 Euro e per età dell'Assicurato inferiore o uguale a 60 anni o per capitali fino a 300.000,00 Euro e per età dell'Assicurato inferiore o uguale a 70 anni è prevista la sottoscrizione di un questionario sanitario oltre ad accertamenti sanitari;
- per capitali superiori a 600.000,00 Euro e per età dell'Assicurato inferiore o uguale a 60 anni o per capitali superiori a 300.000,00 Euro e per età dell'Assicurato inferiore o uguale a 70 anni è prevista la sottoscrizione di un questionario sanitario oltre al rapporto di visita medica e ad accertamenti sanitari.

Il capitale complessivo assicurato sulla vita di una stessa persona con uno o più contratti stipulati senza rapporto di visita medica con la Compagnia non può superare i limiti sopra indicati. I capitali assicurati delle diverse garanzie eventualmente selezionate non verranno conteggiati in maniera cumulativa: la soglia di accertamenti richiesti verrà determinata in base al capitale assicurato maggiore tra le garanzie selezionate.

L'Assicurato effettua la visita medica, propedeutica alla compilazione del rapporto di visita medica, con il supporto diretto della Compagnia che si avvale di un servizio fornito da Generali Welion S.c.a.r.l. anche per il tramite di società terze sue partner, per l'integrazione sui dati dello stato di salute. All'Assicurato verrà fornita adeguata informativa sulle modalità di contatto e richiesta l'autorizzazione ad essere ricontattato. In assenza di tale autorizzazione, la Compagnia non potrà procedere alla valutazione della sottoscrizione del contratto con tale modalità.

In tal caso si potrà procedere - previa compilazione del questionario sanitario - qualora il capitale assicurato sia pari o inferiore a 600.000,00 Euro e l'età dell'Assicurato sia superiore a 60 anni, presentando il rapporto di visita medica compilato dal medico di famiglia; in caso di capitale assicurato superiore a 600.000,00 Euro, il rapporto di visita medica dovrà invece essere compilato esclusivamente da un medico non di famiglia. In tale eventualità ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

A titolo esemplificativo si riportano alcune possibili casistiche di sottoscrizione, con l'indicazione dei relativi accertamenti richiesti:

**ESEMPI****Caso 1**

Età Assicurato: 55 anni

Capitale assicurato contratti pregressi: 1.000.000,00 Euro

Capitale assicurato nuovo contratto Active Vita: Garanzia TCM 500.000,00 Euro

Capitale complessivo assicurato ai fini dell'individuazione della fascia degli accertamenti da richiedere: 1.500.000,00 Euro

Accertamenti richiesti: questionario sanitario oltre al rapporto di visita medica e ad accertamenti sanitari

Caso 2

Età Assicurato: 55 anni

Capitale assicurato contratti pregressi: Nessuno

Capitale assicurato nuovo contratto Active Vita: Garanzia TCM 200.000,00 Euro

Garanzia Malattie Gravi: 150.000,00 Euro

Garanzia Non Autosufficienza: 2.000,00 Euro

Capitale complessivo assicurato ai fini dell'individuazione della fascia degli accertamenti da richiedere: 200.000,00 Euro

Accertamenti richiesti: questionario sanitario

Caso 3

Età Assicurato: 45 anni

Capitale assicurato contratti pregressi: 50.000,00 Euro

Capitale assicurato nuovo contratto Active Vita: Garanzia TCM 50.000,00 Euro

Capitale complessivo assicurato ai fini dell'individuazione della fascia degli accertamenti da richiedere: 100.000,00 Euro

Accertamenti richiesti: questionario sanitario semplificato

Art. 8 MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO ANNUO: RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non pagata, determina la sospensione delle garanzie assicurative per un periodo massimo di 12 mesi. Se entro tale periodo, alle condizioni previste dal successivo Art. 9 "Riprese del pagamento del premio annuo: riattivazione del contratto", il Contraente non riprende il pagamento il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

A giustificazione del mancato pagamento del premio annuo, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Art. 9 RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO ANNUO: RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO

Entro il termine di sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata il Contraente può riattivare il contratto con il semplice pagamento delle rate arretrate aumentate degli interessi legali.

Successivamente al termine di sei mesi ma entro il termine massimo di 12 mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata è consentita la riattivazione sempreché:

- 1) il Contraente ne faccia espressa richiesta;**
- 2) la Compagnia accetti. La Compagnia può subordinare detta accettazione all'esito di nuovi accertamenti sanitari che ritenga eventualmente opportuno richiedere.**

Trascorsi i termini di cui sopra senza che sia avvenuta la riattivazione, o in caso di sua mancata accettazione da parte della Compagnia, quando consentitagli, il contratto è risolto e i premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.

Art. 10 REQUISITO DI ASSICURABILITA'

Il Contraente, l'Assicurato e il Secondo Assicurato (se previsto) devono avere il domicilio/sede per tutta la durata del contratto in Italia o in uno Stato nel quale la Compagnia sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi; qualora nel corso del contratto trasferiscano il domicilio/sede in uno Stato diverso da quelli di cui sopra, il contratto dovrà essere risolto.

Art. 11 CONFLITTO DI INTERESSE

La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet www.cattolica.it.

La Compagnia, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi del Contraente.

Art. 12 COLLEGIO MEDICO ARBITRALE

Le eventuali controversie di natura medica relative alle garanzie previste dal contratto possono essere demandate, per iscritto, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici, competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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.

Viene fatto salvo il diritto delle parti di adire le vie giudiziali ordinarie.

Art. 13 BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

La designazione dei Beneficiari sarà effettuata dal Contraente alla sottoscrizione del contratto per ogni garanzia selezionata ed è disciplinata nelle Condizioni Particolari di Contratto di ciascuna garanzia selezionata.

SEZIONE 3

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 14 DOCUMENTAZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO DEI RIMBORSI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

OBBLIGHI E PROCEDURE

La Compagnia provvede a liquidare le prestazioni assicurative a condizione che siano stati assolti i vincoli documentali, **necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto**, relativi agli eventi di seguito riportati

Tutti i pagamenti avvengono tramite bonifico bancario.

Per consentire i pagamenti, il Contraente e/o i Beneficiari devono comunicare le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti.

La documentazione deve essere inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari tramite:

Per consentire i pagamenti, il Contraente e/o i Beneficiari devono comunicare le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti.

- a. **fax** al numero 0458372317;
- b. **lettera raccomandata AR** indirizzata a Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Ufficio Sinistri Canali Proprietari - Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano - Italia;
- c. tramite l'**Intermediario** con cui è stato stipulato il contratto.

Revoca della proposta:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

Recesso dal contratto:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Contraente.

In caso di prestazioni assicurative:

Per la documentazione richiesta in caso di sinistro per ogni prestazione assicurativa selezionata dal Contraente si rimanda alla rispettiva sezione delle Condizioni Particolari di Contratto.

NOTA BENE:

Oltre alla documentazione, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e Adeguata Verifica della clientela, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.



Se il Contraente e/o i Beneficiari non forniscono la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

SEZIONE 4

LEGGE APPLICABILE, COMUNICAZIONI E FISCALITA'

Art. 15 NORME A FAVORE DEL CONTRAENTE

a) Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere a terzi 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 da parte del Contraente**, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

b) Limitazioni di azioni esecutive o cautelari

Ai sensi dell'art. 1923 cod. civ. le somme dovute dalla Compagnia al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

c) Diritto proprio del Beneficiario

Al momento della designazione, il Beneficiario acquista un diritto proprio nei confronti della Compagnia.

Art. 16 IMPOSTE E TASSE

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari.

Art. 17 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui il Contraente (o l'Assicurato, o il Beneficiario) ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 18 COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO ALLA COMPAGNIA

In caso di modifiche di professione dell'Assicurato e/o del Secondo Assicurato (se previsto) eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ.(cambiamento di professione dell'assicurato).

In caso di trasferimento di domicilio/sede del Contraente e/o dell'Assicurato e/o del Secondo Assicurato (se previsto) in un altro Stato, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa prontamente comunicazione alla Compagnia. L'inosservanza di tale obbligo comporta il rimborso di quanto eventualmente corrisposto dalla Compagnia alla locale Autorità fiscale, a qualunque titolo, in conseguenza della mancata comunicazione.

Art. 19 PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

Per quanto riguarda le garanzie di Assistenza, ogni diritto nei confronti della Compagnia si prescrive entro il termine di 2 anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 c.c..

Art. 20 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana.

GARANZIA TCM A CAPITALE COSTANTE E PREMIO ANNUO COSTANTE

LE NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA

In questa sezione vengono indicate le norme che regolano la Garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante.

SEZIONE 1

OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 1 PRESTAZIONI

1.1 Prestazioni assicurate in caso di decesso dell'Assicurato.

- Caso Morte

La presente garanzia prevede, in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la corresponsione di un capitale ai Beneficiari designati, come riportato al successivo Art. 3 "Capitale assicurato".

- Terminal Illness

La Compagnia offre inoltre una prestazione anticipativa definita Terminal Illness. Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile, la garanzia prevede la corresponsione immediata del capitale previsto in caso di decesso in vigore al momento del riconoscimento dello stato di malattia terminale.

La garanzia Terminal Illness si estingue un anno prima del termine della durata di operatività della garanzia in caso di decesso.

Il rischio morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, **fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 7 "Esclusioni e carenze" e fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. (cambiamento di professione dell'assicurato) in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.**

1.2 Prestazioni assicurate in caso di sopravvivenza dell'Assicurato.

Nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto. In tale data il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

Art. 2 PREMIO

A fronte della prestazione garantita il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità previste all'Art 4 "Premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione, un premio annuo costante, sempre che l'Assicurato sia in vita.

Il premio annuo costante per la presente garanzia è determinato in relazione all'ammontare del capitale assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, all'abitudine al fumo dell'Assicurato, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.

Ai fini del presente contratto, si intende per non fumatore l'Assicurato che non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta. Lo stato di non fumatore deve essere attestato dalla sottoscrizione della specifica dichiarazione presente nel modulo di proposta.

Il premio annuo è dovuto per tutta la durata contrattuale.

Per quanto riguarda la possibilità di frazionamento e le modalità di pagamento, si faccia riferimento all'Art. 4 "Premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 3 CAPITALE ASSICURATO

- Caso Morte

In caso di decesso dell'Assicurato, nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà un capitale il cui importo è pari al capitale iniziale assicurato.

Nel caso in cui il Contraente abbia selezionato la garanzia Malattie Gravi Anticipativa e sia stata liquidata la relativa prestazione all'Assicurato, in caso di decesso di quest'ultimo nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà un capitale il cui importo è pari alla differenza tra il capitale iniziale assicurato e l'importo già liquidato per la prestazione Malattie Gravi Anticipativa.

L'importo minimo di capitale assicurabile per l'assicurazione in caso di decesso è pari a 50.000,00 Euro.

- Terminal Illness

Accertato lo stato di malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile, la Compagnia corrisponderà il capitale assicurato in caso di decesso, secondo le modalità definite all'art. 1.1. "Prestazioni assicurate in caso di decesso dell'Assicurato".

Nel caso in cui il Contraente abbia selezionato la garanzia Malattie Gravi Anticipativa e sia stata liquidata la relativa prestazione all'Assicurato, in caso di malattia grave accertata non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi, la Compagnia corrisponderà un capitale il cui importo è pari alla differenza tra il capitale iniziale assicurato e l'importo già liquidato per la prestazione Malattie Gravi Anticipativa.

Nel caso di liquidazione all'Assicurato della prestazione relativa alla garanzia Terminal Illness, cessano le seguenti garanzie per le quali i premi non sono più dovuti:

- 1. la garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante;**
- 2. le Garanzie facoltative (Instant Benefit e/o Complementari Infortuni), se selezionate alla sottoscrizione;**
- 3. la garanzia di Assistenza abbinata alla TCM a capitale costante e premio annuo costante;**
- 4. la Garanzia Malattia Grave Anticipativa e la relativa garanzia di Assistenza abbinata, se selezionata alla sottoscrizione;**

restano in vigore le seguenti garanzie:

- 1. le garanzie Malattie Gravi e Non Autosufficienza con rendita temporanea, se selezionate alla sottoscrizione e le rispettive garanzie di Assistenza abbinata, a fronte del pagamento del premio che dovrà essere corrisposto dal Contraente alle scadenze pattuite.**

Qualora, invece, la malattia non venisse riconosciuta come terminale, il Contraente sarà tenuto a proseguire il

versamento dei premi relativi alle eventuali prestazioni delle garanzie selezionate alla sottoscrizione per la durata prevista.

Art. 4 REQUISITI SOGGETTIVI

4.1 Persone assicurabili.

L'età dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non può essere inferiore a 18 anni, né superiore a 70 anni.

Nel caso in cui il Contraente abbia selezionato alla sottoscrizione almeno una tra le garanzie Malattie Gravi, Malattie Gravi Anticipativa o Non Autosufficienza con rendita temporanea, l'età dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non potrà essere inferiore a 18 anni, né superiore a 60 anni.

4.2 Persone non assicurabili.

Non sono assicurabili le persone che, alla sottoscrizione del contratto, hanno un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 70 anni e sei mesi, nonché le persone che alla scadenza del contratto hanno un'età pari o superiore a 75 anni e sei mesi.

Nel caso in cui il Contraente abbia selezionato alla sottoscrizione almeno una tra le garanzie Malattie Gravi, Malattie Gravi Anticipativa o Non Autosufficienza con rendita temporanea, non sono assicurabili le persone che, alla conclusione del contratto non abbia un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 60 anni e sei mesi, nonché le persone che alla scadenza del contratto abbiano un'età pari o superiore a 65 anni e sei mesi.

Art. 5 DURATA

La presente garanzia ha una durata minima di 2 anni e massima di 30 anni.

Qualora l'età assicurativa dell'Assicurato, all'ingresso in assicurazione, sia superiore a 45 anni, il contratto potrà essere stipulato per una durata tale da consentire la scadenza contrattuale non oltre il 75° anno di età dell'Assicurato.

Nel caso in cui il Contraente abbia selezionato alla sottoscrizione almeno una tra le garanzie Malattie Gravi, Malattie Gravi Anticipativa o Non Autosufficienza con rendita temporanea, l'età dell'Assicurato alla scadenza non potrà essere superiore a 65 anni.

SEZIONE 2

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO, ESCLUSIONI, CARENZE, OPERATIVITA' E CESSAZIONE

Art. 6 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Qualora l'Assicurato, che in sede di sottoscrizione della proposta si sia dichiarato "non fumatore", inizi o ricominci a fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), anche sporadicamente, o viceversa, si sia dichiarato "fumatore" e abbia smesso di fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), anche sporadicamente, da almeno 24 mesi, dovrà darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: DE CS 13 Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.- Ufficio Gestione Canali Proprietari - Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano - Italia.

La Compagnia, al ricevimento della comunicazione, provvederà:

- a ricalcolare il premio in caso di variazione dallo stato di "fumatore" a quello di "non fumatore";
- a comunicare il ricalcolo del capitale assicurato in base al premio corrisposto inizialmente ed ai tassi di tariffa che sarebbero stati utilizzati alla stipula per il caso di Assicurato "fumatore" in caso di

variazione di stato da "non fumatore" a "fumatore". Il Contraente deve dichiarare entro 15 giorni se intende accettare la modifica contrattuale. Se il Contraente dichiara di non accettare il contratto è risolto. Il silenzio del Contraente vale come adesione alla proposta di modifica.

La modifica dell'importo del premio annuo, o dell'ammontare del capitale assicurato, ha effetto a partire dalla data di scadenza della prima rata di premio successiva alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato tabagico a condizione che tale richiesta pervenga entro 30 giorni solari dalla scadenza della rata. In caso contrario la modifica avrà effetto a partire dalla rata successiva alla prima in scadenza.

A titolo esemplificativo si riportano alcune possibili casistiche di modifica dello status tabagico:



ESEMPI

Caso 1:

Età Assicurato: 45 anni

Status tabagico Assicurato: Non Fumatore

Durata contratto: 15 anni

Capitale assicurato sull'Assicurato: 100.000,00 Euro

Premio annuo costante per la garanzia TCM per soggetto Non Fumatore: 220,00 Euro

Cambio status tabagico dell'Assicurato da Non Fumatore a Fumatore

Nuovo capitale assicurato sull'Assicurato: 72.961,37 Euro

Premio annuo costante per la garanzia TCM: 220,00 Euro

Caso 2:

Età Assicurato: 40 anni

Status tabagico Assicurato: Fumatore

Durata contratto: 15 anni

Capitale assicurato: 100.000,00 Euro

Premio annuo costante per la garanzia TCM a capitale costante per soggetto Fumatore: 283,00 Euro

Cambio status tabagico dell'Assicurato da Fumatore a Non Fumatore

Capitale assicurato: 100.000,00 Euro

Nuovo premio annuo costante per la garanzia TCM: 220,00 Euro

Art. 7 ESCLUSIONI E CARENZE

- DECESSO

A) ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

- **dolo del Contraente o del Beneficiario;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;**
- **conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all'Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva;**
- **suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia del contratto di assicurazione e, trascorso tale periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione;**
- **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **abuso di alcool, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;**

- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- 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;
- svolgimento di un'Attività Professionale Pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio.
- pratiche di sport pericolosi, non dichiarate come praticate al momento della sottoscrizione della proposta, che comportino una maggiorazione di rischio. Tale esclusione ha effetto nel caso in cui alla sottoscrizione, in fase di compilazione del questionario sanitario, vengano poste le domande relative alle attività sportive.
Sarà possibile estendere la copertura qualora lo sport pericoloso sia praticato successivamente alla sottoscrizione della polizza, se prontamente segnalato e accettato dalla Compagnia e previa corresponsione del relativo sovrappremio.

B) CONDIZIONI DI CARENZA

Per la garanzia decesso non verrà applicato alcun periodo di carenza.

Per capitali superiori a 600.000,00 Euro ed età fino a 60 anni e capitali superiori a 300.000,00 Euro ed età superiore a 60 anni, in assenza di esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato e i premi rimangono acquisiti dalla Compagnia.

Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dalla conclusione del contratto il capitale assicurato sarà comunque pagato.

- TERMINAL ILLNESS

Le esclusioni, la carenza e le limitazioni del rischio per la garanzia Terminal Illness sono le medesime della prestazione in caso di decesso sopra riportate.

Art. 8 OPERATIVITA' E CESSAZIONE DELLA GARANZIA TERMINAL ILLNESS

L'obbligo della Compagnia di pagare immediatamente il capitale previsto in caso di decesso sussiste quando, essendo in vigore il contratto e corrisposta l'annualità di premio prevista, viene diagnosticata una malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile, che, a giudizio del medico fiduciario della Compagnia, concorde con il medico curante dell'Assicurato, comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di 6 mesi o meno e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile.

La presente prestazione vale se la comunicazione di diagnosi della malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile, avviene entro la data di estinzione della copertura.

La decorrenza della garanzia Terminal Illness è la medesima della garanzia decesso e si estingue un anno prima del termine della durata di operatività della garanzia in caso di decesso.

La garanzia si estingue nei seguenti eventi:

- in caso di mancato pagamento del premio annuo previsto dal contratto. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia
- un anno prima del termine della durata di operatività della garanzia in caso di decesso.

SEZIONE 3

COSTI

Art. 9 COSTI

Costi gravanti sul premio corrisposto per la presente garanzia.

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo. Oltre ai costi descritti all'Art.5 "Costi" delle Condizioni Generali di Contratto, sono previsti i seguenti costi:

Tabella A

Garanzia	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
	Costi in percentuale
TCM a capitale costante e premio annuo costante	11% del premio annuo al netto del costo fisso

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

SEZIONE 4

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 10 DOCUMENTAZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

Il Contraente e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di decesso:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento (per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà) e contenente:
 - in presenza di testamento:
 - copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità e il grado di parentela, l'età degli eredi legittimi o degli eredi testamentari.
 - in assenza di testamento:
 - le generalità e il grado di parentela, l'età degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente e referto autoptico ove disponibile.

Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari al verificarsi dell'evento assicurato, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica del beneficiario, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

In caso di malattia terminale:

Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia alla Compagnia, attraverso un apposito modulo redatto e firmato da un medico specialistico che attesti la diagnosi di malattia terminale, corredandolo con la relativa documentazione sanitaria, trasmesso mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Ufficio Gestione Canali Proprietari - Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano - Italia.

Nella fase di accertamento dell'avvenuta diagnosi di malattia terminale da parte della Compagnia, il Contraente o l'Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Compagnia, ai fini del predetto accertamento.

La Compagnia, infine, si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia terminale con propri medici di fiducia.

Dopo aver ricevuto i documenti probatori che attestano la diagnosi di malattia terminale, dopo aver compiuto gli accertamenti necessari e dopo aver ricevuto il modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica del beneficiario debitamente compilato e sottoscritto dai Beneficiari di polizza e/o aventi diritto, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari il capitale assicurato.

Il pagamento di tale capitale sarà effettuato dalla Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

SEZIONE 5

BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Art. 11 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Il Contraente designa i Beneficiari delle prestazioni erogate dalla Compagnia per il caso morte. Per la garanzia Terminal Illness i Beneficiari sono i medesimi della garanzia decesso.

Il Contraente può, in qualsiasi momento, revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere necessariamente comunicate per iscritto alla Compagnia.

Il Contraente non può esercitare tale facoltà di revoca o modifica:

- 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;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di voler profittare del beneficio.

GARANZIA TCM A CAPITALE COSTANTE E PREMIO ANNUO COSTANTE SU DUE ASSICURATI

LE NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA

In questa sezione vengono indicate le norme che regolano la Garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati.

SEZIONE 1

OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 1 PRESTAZIONI

1.1 Prestazioni assicurate in caso di decesso dell'Assicurato.

Alla sottoscrizione del contratto il Contraente definirà l'Assicurato e il Secondo Assicurato.

- Decesso

La presente garanzia prevede, in caso di morte dell'Assicurato e/o del Secondo Assicurato prima della scadenza contrattuale, la corresponsione di un capitale ai Beneficiari designati, come riportato al successivo Art. 3 "Capitale assicurato".

- Terminal Illness

La Compagnia offre inoltre una prestazione anticipativa definita Terminal Illness. Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato e/o al Secondo Assicurato una malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile, la garanzia prevede la corresponsione immediata del capitale previsto in caso di decesso in vigore al momento del riconoscimento dello stato di malattia terminale.

La garanzia Terminal Illness si estingue un anno prima del termine della durata di operatività della garanzia in caso di decesso.

Il rischio morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, **fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 7 "Esclusioni e carenze" e fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. "cambiamento di professione dell'assicurato" in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.**

1.2 Prestazioni assicurate in caso di sopravvivenza dell'Assicurato.

Nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato e del Secondo Assicurato alla data di scadenza del contratto. In tale data il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

Art. 2 PREMIO

A fronte delle prestazioni garantite il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità previste all'Art 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione, un premio annuo costante, sempre che l'Assicurato e il Secondo Assicurato siano in vita.

Il premio annuo costante è determinato in relazione all'ammontare del capitale assicurato dell'Assicurato e del Secondo Assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato e del Secondo Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, all'abitudine al fumo dell'Assicurato e del Secondo Assicurato, alle condizioni di salute dell'Assicurato e del Secondo Assicurato, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato e dal Secondo Assicurato.

Ai fini del presente contratto, si intende per non fumatore l'Assicurato che non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta. Lo stato di non fumatore deve essere attestato dalla sottoscrizione della specifica dichiarazione presente nel modulo di proposta.

In caso di decesso dell'Assicurato o del Secondo Assicurato, la garanzia rimarrà in vigore per l'Assicurato ancora in vita e il Contraente sarà esonerato dal corrispondere i premi residui relativi unicamente alla garanzia decesso.

In caso di decesso del Secondo Assicurato, le eventuali garanzie (Malattie Gravi e Non Autosufficienza con rendita temporanea) e le Garanzie facoltative (Instant Benefit e/o Complementari Infortuni e/o Malattie Gravi Anticipativa) sull'Assicurato selezionate dal Contraente alla sottoscrizione, resteranno attive e il Contraente dovrà corrispondere i relativi premi alle scadenze pattuite.

Per quanto riguarda la possibilità di frazionamento e le modalità di pagamento, si faccia riferimento all'art. 4 "Premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 3 CAPITALE ASSICURATO

Alla sottoscrizione il Contraente sceglie il capitale assicurato dell'Assicurato e il capitale assicurato del Secondo Assicurato che potrà essere, pari al 100% del capitale assicurato dell'Assicurato oppure pari al 50% dello stesso.

- Caso Morte

In caso di decesso dell'Assicurato, nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà un capitale il cui importo è pari al capitale iniziale assicurato.

Nel caso in cui il Contraente abbia selezionato la garanzia Malattie Gravi Anticipativa per l'Assicurato e sia stata liquidata dalla Compagnia la relativa prestazione all'Assicurato, in caso di decesso di quest'ultimo nel corso della durata contrattuale, la Compagnia corrisponderà un capitale il cui importo è pari alla differenza tra il capitale iniziale assicurato e l'importo già liquidato per la prestazione Malattie Gravi Anticipativa.

L'importo minimo di capitale assicurabile per l'assicurazione in caso di decesso per l'Assicurato è pari a 50.000,00 Euro.

- Terminal Illness

Accertato lo stato di malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile per l'Assicurato e/o per il Secondo Assicurato, la Compagnia corrisponderà i relativi capitali assicurati in caso di decesso, secondo le modalità definite all'art. 1.1. "Prestazioni assicurato in caso di decesso dell'Assicurato".

Accertato lo stato di malattia terminale dell'Assicurato e/o del Secondo Assicurato, la Compagnia pagherà il capitale previsto entro trenta giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione richiesta e delle eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.

Nel caso in cui il Contraente abbia selezionato la garanzia Malattie Gravi Anticipativa e sia stata liquidata la relativa prestazione all'Assicurato, in caso di malattia grave accertata non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi, la Compagnia corrisponderà un capitale il cui importo è pari alla differenza tra il capitale iniziale assicurato e l'importo già liquidato per la prestazione Malattie Gravi Anticipativa.

Nel caso di liquidazione ai Beneficiari dell'Assicurato della prestazione relativa alla garanzia Terminal Illness, cessano le seguenti garanzie per i quali premi non sono più dovuti:

1. La garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante per l'Assicurato;
2. le Garanzie facoltative (Instant Benefit e/o Complementari Infortuni), se selezionate alla sottoscrizione per l'Assicurato;
3. la garanzia di Assistenza abbinata alla TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati;
4. la Garanzia Malattia Grave Anticipativa e la relativa garanzia di Assistenza abbinata, se selezionata alla sottoscrizione per l'Assicurato;

resteranno in vigore le seguenti garanzie:

1. le garanzie Malattie Gravi e Non Autosufficienza con rendita temporanea, se selezionate alla sottoscrizione per l'Assicurato e le rispettive garanzie di Assistenza abbinata, a fronte del pagamento del premio che dovrà essere corrisposto dal Contraente alle scadenze pattuite;
2. la garanzia in caso di decesso relativa al Secondo Assicurato e la garanzia Terminal Illness, se ancora non corrisposta, per le quali il premio non sarà più dovuto dal Contraente.

Nel caso di liquidazione al Secondo Assicurato della prestazione relativa alla garanzia Terminal Illness, cesseranno:

1. la garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante per il Secondo Assicurato;
2. la garanzia di Assistenza abbinata alla TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati, attivata in caso di primo decesso;

resteranno in vigore:

1. la garanzia in caso di decesso relativa all'Assicurato e la garanzia Terminal Illness, se ancora non corrisposta, per le quali il premio non sarà più dovuto dal Contraente;
2. tutte le ulteriori garanzie e/o garanzie complementari attivate sull'Assicurato e il Contraente continuerà a corrispondere i relativi premi alle scadenze pattuite.

Qualora, invece, la malattia non venisse riconosciuta come terminale, il Contraente sarà tenuto a proseguire il versamento dei premi relativi alle eventuali prestazioni delle garanzie selezionate alla sottoscrizione per la durata prevista.

Art. 4 REQUISITI SOGGETTIVI

4.1 Persone assicurabili.

L'età degli Assicurati, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non può essere inferiore a 18 anni, né superiore a 70 anni.

L'Assicurato e il Secondo Assicurato dovranno essere coniugati, conviventi o coppia di fatto e aventi la medesima residenza. La differenza tra le età anagrafiche dei due Assicurati dovrà essere al massimo pari a 20 anni.

Nel caso in cui il Contraente abbia selezionato alla sottoscrizione per l'Assicurato almeno una tra le garanzie Malattie Gravi, Malattie Gravi Anticipativa e Non Autosufficienza con rendita temporanea, l'età dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non potrà essere inferiore a 18 anni, né superiore a 60 anni.

4.2 Persone non assicurabili.

Non sono assicurabili le persone che, alla sottoscrizione del contratto, hanno un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 70 anni e sei mesi, nonché le persone che alla scadenza del contratto hanno un'età pari o superiore a 75 anni e sei mesi.

Nel caso in cui il Contraente abbia selezionato alla sottoscrizione per l'Assicurato almeno una tra le garanzie Malattie Gravi, Malattie Gravi Anticipativa o Non Autosufficienza con rendita temporanea, non sono assicurabili le persone che, alla conclusione del contratto non abbia un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 60 anni e sei mesi, nonché le persone che alla scadenza del contratto abbiano un'età pari o superiore a 65 anni e sei mesi.

Art. 5 DURATA

La presente garanzia ha una durata minima di 2 anni e massima di 30 anni.

Qualora l'età assicurativa dell'Assicurato e del Secondo Assicurato, all'ingresso in assicurazione, sia superiore a 45 anni, il contratto potrà essere stipulato per una durata tale da consentire la scadenza contrattuale non oltre il 75° anno di età dell'Assicurato e del Secondo Assicurato.

Qualora l'età del Secondo Assicurato, all'ingresso in assicurazione, sia superiore ad anni 45, il contratto potrà essere stipulato per una durata tale da consentire la scadenza contrattuale non oltre il 75° anno di età del Secondo Assicurato

Nel caso in cui il Contraente abbia selezionato alla sottoscrizione per l'Assicurato almeno una tra le garanzie Malattie Gravi, Malattie Gravi Anticipativa e Non Autosufficienza con rendita temporanea, l'età dell'Assicurato, alla scadenza del contratto non potrà essere superiore a 65 anni.

SEZIONE 2

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO, ESCLUSIONI, CARENZE, OPERATIVITA' E CESSAZIONE

Art. 6 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Qualora l'Assicurato e/o il Secondo Assicurato (se previsto), che in sede di sottoscrizione della proposta si sia dichiarato "non fumatore" e inizi o ricominci a fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), anche sporadicamente, o viceversa, si sia dichiarato "fumatore" e abbia smesso di fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), anche sporadicamente, da almeno 24 mesi, dovrà darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Ufficio Gestione Canali Proprietari - Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano - Italia.

La Compagnia, al ricevimento della comunicazione, provvederà:

- a ricalcolare il premio in caso di variazione dallo stato di "fumatore" a quello di "non fumatore";
- a ricalcolare il capitale assicurato in base al premio corrisposto inizialmente ed ai tassi di tariffa che sarebbero stati utilizzati alla stipula per il caso di Assicurato "fumatore" in caso di variazione di stato da "non fumatore" a "fumatore". In tal caso, due capitali assicurati, dell'Assicurato e del Secondo Assicurato, verranno ricalcolati in base al premio corrisposto inizialmente, in modo da rispettare le percentuali selezionate alla sottoscrizione (100%-100% oppure 100%-50%). Il Contraente deve dichiarare entro 15 giorni se intende accettare la modifica contrattuale. Se il Contraente dichiara di non accettare il contratto è risolto. Il silenzio del Contraente vale come adesione alla proposta di modifica.

La modifica dell'importo del premio annuo, o dell'ammontare del capitale assicurato, ha effetto a partire dalla data di scadenza della prima rata di premio successiva alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato tabagico a condizione che tale richiesta pervenga entro 30 giorni solari dalla scadenza della rata. In caso contrario la modifica avrà effetto a partire dalla rata successiva alla prima in scadenza.

A titolo esemplificativo si riportano alcune possibili casistiche di modifica dello status tabagico:

ESEMPI

Caso 1:

Età Assicurato: 45 anni

Status tabagico Assicurato: Non Fumatore

Età Assicurato Secondo Assicurato: 40 anni

Status tabagico Secondo Assicurato: Non Fumatore

Durata contratto: 15 anni

Capitale assicurato sull'Assicurato: 100.000,00 Euro

Capitale assicurato sul Secondo Assicurato: 50.000,00 Euro

Premio annuo costante per la garanzia TCM per soggetti Non Fumatori: 390,00 Euro

Cambio status tabagico dell'Assicurato da Non Fumatore a Fumatore

Nuovo capitale assicurato sull'Assicurato: 77.625,00 Euro

Nuovo capitale assicurato sul Secondo Assicurato: 38.812,50 Euro
Premio annuo costante per la garanzia TCM: 390,00 Euro

Caso 2:

Età Assicurato: 45 anni

Status tabagico Assicurato: Fumatore

Età Assicurato Secondo Assicurato: 40 anni

Status tabagico Secondo Assicurato: Fumatore

Durata contratto: 15 anni

Capitale assicurato sull'Assicurato: 100.000,00 Euro

Capitale assicurato sul Secondo Assicurato: 50.000,00 Euro

Premio annuo costante per la garanzia TCM per soggetti Fumatori: 519,00 Euro

Cambio status tabagico dell'Assicurato da Fumatore a Non Fumatore

Capitale assicurato sull'Assicurato: 100.000,00 Euro

Capitale assicurato sul Secondo Assicurato: 50.000,00 Euro

Nuovo premio annuo costante per la garanzia TCM: 421,00 Euro

Art. 7 ESCLUSIONI E CARENZE

- DECESSO

A) ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato e del Secondo Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all'Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia del contratto di assicurazione e, trascorso tale periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- abuso di alcool, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- 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;
- svolgimento di un'Attività Professionale Pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio.
- pratiche di sport pericolosi, non dichiarate come praticate al momento della sottoscrizione della proposta, che comportino una maggiorazione di rischio. Tale esclusione ha effetto nel caso in cui alla sottoscrizione, in fase di compilazione del questionario sanitario, vengano poste le domande relative alle attività sportive.
Sarà possibile estendere la copertura qualora lo sport pericoloso sia praticato successivamente alla sottoscrizione della polizza, se prontamente segnalato e accettato dalla Compagnia e previa corresponsione del relativo sovrappremio.

B) CONDIZIONI DI CARENZA

Per la garanzia decesso non verrà applicato alcun periodo di carenza.

Per capitali superiori a 600.000,00 Euro ed età fino a 60 anni e capitali superiori a 300.000,00 Euro ed età superiore a 60 anni, in assenza di esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, qualora il decesso dell'Assicurato e/o del Secondo Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato e i premi rimangono acquisiti dalla Compagnia.

Se il decesso dell'Assicurato e/o del Secondo Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dalla conclusione del contratto, il capitale assicurato sarà comunque pagato.

- TERMINAL ILLNESS

Le esclusioni, la carenza e le limitazioni del rischio per la garanzia Terminal Illness sono le medesime della prestazione in caso di decesso sopra riportate.

Art. 8 OPERATIVITA' E CESSAZIONE DELLA GARANZIA TERMINAL ILLNESS

L'obbligo della Compagnia di pagare immediatamente il capitale previsto in caso di decesso sussiste quando, essendo in vigore il contratto e corrisposta l'annualità di premio prevista, viene diagnosticata una malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile, che, a giudizio del medico fiduciario della Compagnia, concorde con il medico curante dell'Assicurato, comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato e/o del Secondo Assicurato di 6 mesi o meno e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile.

La presente prestazione vale se la comunicazione di diagnosi della malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile avviene entro la data di estinzione della copertura.

La decorrenza della garanzia Terminal Illness è la medesima della garanzia decesso e si estingue un anno prima del termine della durata di operatività della garanzia in caso di decesso.

La garanzia si estingue:

- in caso di mancato pagamento del premio annuo previsto dal contratto. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia;
- un anno prima del termine della durata di operatività della garanzia in caso di decesso.

SEZIONE 3

COSTI

Art. 9 COSTI

Costi gravanti sul premio corrisposto per la presente garanzia.

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo. Oltre ai costi descritti all'Art.5 "Costi" delle Condizioni Generali di Contratto, sono previsti i seguenti costi:

Tabella A

Garanzia	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
	Costi in percentuale
TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati	11% del premio annuo al netto del costo fisso

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato e del Secondo Assicurato.

SEZIONE 4

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 10 DOCUMENTAZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

Il Contraente e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di decesso:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento (per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà) e contenente:
 - in presenza di testamento:
 - copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità e il grado di parentela, l'età degli eredi legittimi o degli eredi testamentari.
 - in assenza di testamento:
 - le generalità e il grado di parentela, l'età degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).
- in caso di Beneficiario minorenne o incapace, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente e referto autoptico ove disponibile.

Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari al verificarsi dell'evento assicurato, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica del beneficiario, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

In caso di malattia terminale:

Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia alla Compagnia, attraverso un apposito modulo redatto e firmato da un medico specialista che attesti la diagnosi di malattia terminale, corredandolo con la relativa documentazione sanitaria, trasmesso mediante fax al numero

045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Ufficio Gestione Canali Proprietari - Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano - Italia.

Nella fase di accertamento dell'avvenuta diagnosi di malattia terminale da parte della Compagnia, il Contraente o l'Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Compagnia, ai fini del predetto accertamento.

La Compagnia, infine, si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia terminale con propri medici di fiducia.

Dopo aver ricevuto i documenti probatori che attestano la diagnosi di malattia terminale, dopo aver compiuto gli accertamenti necessari e dopo aver ricevuto il modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica del beneficiario debitamente compilato e sottoscritto dai Beneficiari di polizza e/o aventi diritto, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari il capitale assicurato.

La liquidazione dei sinistri verrà effettuata dalla Compagnia entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo. Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

SEZIONE 5

BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Art. 11 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Il Contraente designa i Beneficiari delle prestazioni erogate dalla Compagnia per il caso morte sia per l'Assicurato che per il Secondo Assicurato. Per la garanzia Terminal Illness i Beneficiari sono i medesimi della garanzia decesso.

Il Contraente può, in qualsiasi momento, revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere necessariamente comunicate per iscritto alla Compagnia.

Il Contraente non può esercitare tale facoltà di revoca o modifica:

- **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;**
- **dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di voler profittare del beneficio.**

GARANZIA TCM A CAPITALE DECRESCENTE E PREMIO ANNUO COSTANTE LIMITATO

LE NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA

In questa sezione vengono indicate le norme che regolano la Garanzia TCM a capitale decrescente e premio annuo costante limitato.

SEZIONE 1

OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 1 PRESTAZIONI ASSICURATIVE

1.1 Prestazioni assicurate in caso di decesso dell'Assicurato.

Alla sottoscrizione del contratto il Contraente definirà l'Assicurato Principale e il Secondo Assicurato.

- Decesso

La presente garanzia prevede, in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la corresponsione di un capitale ai Beneficiari designati, come riportato al successivo Art. 3 "Capitale assicurato".

- Terminal Illness

La Compagnia offre inoltre una prestazione anticipativa definita Terminal Illness. Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile, la garanzia prevede la corresponsione immediata del capitale previsto in caso di decesso in vigore al momento del riconoscimento dello stato di malattia terminale.

La garanzia Terminal Illness si estingue un anno prima del termine della durata di operatività della garanzia in caso di decesso.

Il rischio morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, **fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 7 "Esclusioni e carenze" e fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. (cambiamento di professione) in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.**

1.2 Prestazioni assicurate in caso di sopravvivenza dell'Assicurato.

Nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto. In tale data il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

Art. 2 PREMIO

A fronte della prestazione garantita il Contraente si obbliga a versare, secondo le modalità previste all'Art 4 "Premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione, un premio annuo costante, sempre che l'Assicurato sia in vita.

Il premio annuo costante è determinato in relazione all'ammontare del capitale assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta, all'abitudine al fumo dell'Assicurato, alle condizioni di salute, all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Assicurato.

Ai fini del presente contratto, si intende per non fumatore l'Assicurato che non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta. Lo stato di non fumatore deve essere attestato dalla sottoscrizione della specifica dichiarazione presente nel modulo di proposta.

Il premio annuo costante è dovuto per un periodo limitato rispetto alla durata contrattuale, pari alla metà della durata contrattuale stessa, arrotondata al numero intero successivo, in caso di durata contrattuale di anni dispari o, in caso di decesso, fino al verificarsi di tale evento.

Per quanto riguarda la possibilità di frazionamento e le modalità di pagamento, si faccia riferimento all'Art. 4 "Premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 3 CAPITALE ASSICURATO

- Decesso

In caso di decesso dell'Assicurato la Compagnia corrisponderà un capitale il cui importo è pari al capitale assicurato iniziale moltiplicato per il rapporto tra il numero di anni, con eventuali frazioni di anno, ancora mancanti alla scadenza del contratto ed il numero di anni complessivi di durata contrattuale.

L'importo minimo di capitale assicurabile per l'assicurazione in caso di decesso è pari a 50.000,00 Euro.

- Terminal Illness

Accertato lo stato di malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile, la Compagnia corrisponderà il capitale assicurato in caso di decesso, secondo le modalità sopra definite all'art. 1.1 "Prestazioni assicurate in caso di decesso dell'Assicurato".

Qualora sia già stato liquidato l'indennizzo per la garanzia Terminal Illness, il contratto si estingue e nulla è più dovuto in caso di successivo decesso dell'Assicurato.

Qualora, invece, la malattia non venisse riconosciuta come terminale, il Contraente sarà tenuto a proseguire il versamento dei premi previsti.

Art. 4 REQUISITI SOGGETTIVI

4.1 Persone assicurabili.

L'età dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non può essere inferiore a 18 anni, né superiore a 70 anni.

4.2 Persone non assicurabili.

Non sono assicurabili le persone che, alla sottoscrizione del contratto, hanno un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 70 anni e sei mesi, nonché le persone che alla scadenza del contratto hanno un'età pari o superiore a 75 anni e sei mesi.

Art. 5 DURATA

La presente garanzia ha una durata minima di 5 anni e massima di 30 anni.

Qualora l'età assicurativa dell'Assicurato, all'ingresso in assicurazione, sia superiore a 45 anni, il contratto potrà essere stipulato per una durata tale da consentire la scadenza contrattuale non oltre il 75° anno di età dell'Assicurato.

SEZIONE 2

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO,
ESCLUSIONI, CARENZE, OPERATIVITA' E CESSAZIONE

Art. 6 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Qualora l'Assicurato, che in sede di sottoscrizione della proposta si sia dichiarato "non fumatore" e inizi o ricominci a fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), anche sporadicamente, o viceversa, si sia dichiarato "fumatore" e abbia smesso di fumare (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, ecc.), anche sporadicamente, da almeno 24 mesi, dovrà darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Ufficio Gestione Canali Proprietari - Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano - Italia.

La Compagnia, al ricevimento della comunicazione, provvederà:

- a ricalcolare il premio in caso di variazione dallo stato di "fumatore" a quello di "non fumatore";
- a comunicare il ricalcolo del capitale assicurato in base al premio corrisposto inizialmente ed ai tassi di tariffa che sarebbero stati utilizzati alla stipula per il caso di Assicurato "fumatore" in caso di variazione di stato da "non fumatore" a "fumatore". Il Contraente deve dichiarare entro 15 giorni se intende accettare la modifica contrattuale. Se il Contraente dichiara di non accettare il contratto è risolto. Il silenzio del Contraente vale come adesione alla proposta di modifica.

La modifica dell'importo del premio annuo, o dell'ammontare del capitale assicurato, ha effetto a partire dalla data di scadenza della prima rata di premio successiva alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato tabagico a condizione che tale richiesta pervenga entro 30 giorni solari dalla scadenza della rata. In caso contrario la modifica avrà effetto a partire dalla rata successiva alla prima in scadenza.

A titolo esemplificativo si riportano alcune possibili casistiche di modifica dello status tabagico:



ESEMPI

Caso 1:

Età Assicurato: 45 anni

Status tabagico Assicurato: Non Fumatore

Durata contratto: 15 anni

Capitale assicurato sull'Assicurato: 100.000,00 Euro

Premio annuo costante per la garanzia TCM per soggetto Non Fumatore: 274,00 Euro

Cambio status tabagico dell'Assicurato da Non Fumatore a Fumatore

Nuovo capitale assicurato sull'Assicurato: 72.727,00 Euro

Premio annuo costante per la garanzia TCM: 274,00 Euro

Caso 2:

Età Assicurato: 45 anni

Status tabagico Assicurato: Fumatore

Durata contratto: 15 anni

Capitale assicurato iniziale: 100.000,00 Euro

Premio annuo costante per la garanzia TCM a capitale decrescente per soggetto Fumatore: 358,00 Euro

Cambio status tabagico dell'Assicurato da Fumatore a Non Fumatore

Capitale assicurato iniziale: 100.000,00 Euro

Nuovo premio annuo costante per la garanzia TCM : 274,00 Euro

Art. 7 ESCLUSIONI E CARENZE

- DECESSO

A) ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all'Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di efficacia del contratto di assicurazione e, trascorso tale periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- abuso di alcool, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- 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;
- svolgimento di un'Attività Professionale Pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio.
- pratiche di sport pericolosi, non dichiarate come praticate al momento della sottoscrizione della proposta, che comportino una maggiorazione di rischio. Tale esclusione ha effetto nel caso in cui alla sottoscrizione, in fase di compilazione del questionario sanitario, vengano poste le domande relative alle attività sportive.

Sarà possibile estendere la copertura qualora lo sport pericoloso sia praticato successivamente alla sottoscrizione della polizza, se prontamente segnalato e accettato dalla Compagnia e previa corresponsione del relativo sovrappremio.

B) CONDIZIONI DI CARENZA

Per la garanzia decesso non verrà applicato alcun periodo di carenza.

Per capitali superiori a 600.000,00 Euro ed età fino a 60 anni e capitali superiori a 300.000,00 Euro ed età superiore a 60 anni, in assenza di esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato e i premi rimangono acquisiti dalla Compagnia.

Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dalla conclusione del contratto il capitale assicurato sarà comunque pagato.

- TERMINAL ILLNESS

Le esclusioni, la carenza e le limitazioni del rischio per la garanzia Terminal Illness sono le medesime della prestazione in caso di decesso sopra riportate.

Art. 8 OPERATIVITA' E CESSAZIONE DELLA GARANZIA TERMINAL ILLNESS

L'obbligo della Compagnia di pagare immediatamente il capitale previsto in caso di decesso sussiste quando, essendo in vigore il contratto e corrisposta l'annualità di premio prevista, viene diagnosticata una malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile, che, a giudizio del medico fiduciario della Compagnia, concorde con il medico curante dell'Assicurato, comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di 6 mesi o meno e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile.

La presente prestazione vale se la comunicazione di diagnosi della malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile avviene entro la data di estinzione della copertura.

La decorrenza della garanzia Terminal Illness è la medesima della garanzia decesso e si estingue un anno prima del termine della durata di operatività della garanzia in caso di decesso.

La garanzia si estingue nei seguenti eventi:

- in caso di mancato pagamento del premio annuo previsto dal contratto. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.
- un anno prima del termine della durata di operatività della garanzia in caso di decesso.

SEZIONE 3

COSTI

Art. 9 COSTI

Costi gravanti sul premio corrisposto per la presente garanzia.

Oltre ai costi descritti all'Art.5 delle Condizioni Generali di Contratto, sono previsti i seguenti costi:

Tabella A

Garanzia	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
	Costi in percentuale
TCM a capitale decrescente e premio annuo costante limitato	15% del premio annuo al netto del costo fisso

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

SEZIONE 4

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 10 DOCUMENTAZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

Il Contraente e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di decesso:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta dei Beneficiari di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario fornire fotocopia dei dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale e allegare copia della visura camerale;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
- atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicata la presenza o meno di testamento (per capitali non superiori a 100.000,00 Euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà) e contenente:
 - in presenza di testamento:
 - copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
 - l'attestazione che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità e il grado di parentela, l'età degli eredi legittimi o degli eredi testamentari.
 - in assenza di testamento:
 - le generalità e il grado di parentela, l'età degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari designati in polizza).
- in caso di Beneficiario minorenni o incapace, copia autentica del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione;
- in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente e referto autoptico ove disponibile.

Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari al verificarsi dell'evento assicurato, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica del beneficiario, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

In caso di malattia terminale:

Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una malattia terminale o la diagnosi definitiva di una malattia avanzata o in rapida progressione, non curabile che porterà alla morte entro 6 mesi e per la quale una terapia curativa non è più un'opzione percorribile, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia alla Compagnia, attraverso un apposito modulo redatto e firmato da un medico specialistico che attesti la diagnosi di malattia terminale, corredandolo con la relativa documentazione sanitaria, trasmesso mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Ufficio Sinistri Canali Proprietari - Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano - Italia.

Nella fase di accertamento dell'avvenuta diagnosi di malattia terminale da parte della Compagnia, il Contraente o l'Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Compagnia, ai fini del predetto accertamento.

La Compagnia, infine, si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia terminale con propri medici di fiducia.

Dopo aver ricevuto i documenti probatori che attestano la diagnosi di malattia terminale, dopo aver compiuto gli accertamenti necessari e dopo aver ricevuto il modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica del beneficiario debitamente compilato e sottoscritto dai Beneficiari di polizza e/o aventi diritto, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari il capitale assicurato.

Il pagamento di tale capitale sarà effettuato dalla Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

SEZIONE 5

BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Art. 11 BENEFICIARI DELLE PRESTAZIONI

Il Contraente designa i Beneficiari delle prestazioni erogate dalla Compagnia per il caso morte. Per la garanzia Terminal Illness i Beneficiari sono i medesimi della garanzia decesso.

Il Contraente può, in qualsiasi momento, revocare o modificare la designazione precedentemente effettuata.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere necessariamente comunicate per iscritto alla Compagnia.

Il Contraente non può esercitare tale facoltà di revoca o modifica:

- 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;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di voler profittare del beneficio.

GARANZIA FACOLTATIVA - INSTANT BENEFIT

LE NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA

In questa sezione vengono indicate le norme che regolano la Garanzia facoltativa - Instant Benefit.

SEZIONE 1

OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 1 PRESTAZIONI

1.1 Prestazioni assicurate in caso di decesso dell'Assicurato.

La presente garanzia facoltativa, selezionabile solo alla sottoscrizione dal Contraente, è abbinabile esclusivamente alle seguenti garanzie:

- TCM a capitale costante e premio annuo costante;
- TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati esclusivamente sull'Assicurato (non sul Secondo Assicurato).

La presente garanzia prevede, in caso di morte dell'Assicurato, prima della scadenza contrattuale, la corresponsione di un capitale ad un Beneficiario nominativo e irrevocabile, come riportato al successivo Art. 3 "Capitale Assicurato".

1.2 Prestazioni assicurate in caso di sopravvivenza dell'Assicurato.

Nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto. In tale data il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

Art. 2 PREMIO

Il premio annuo è dovuto per tutta la durata contrattuale ed è determinato in relazione all'età dell'Assicurato alla data di sottoscrizione e alla durata del contratto.

Per quanto riguarda la possibilità di frazionamento e le modalità di pagamento, si faccia riferimento all'Art. 4 "Premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 3 CAPITALE ASSICURATO

La Compagnia liquiderà, in caso di decesso dell'Assicurato, al Beneficiario nominativo e irrevocabile, definito dal Contraente alla sottoscrizione del contratto, un capitale pari a 5.000,00 Euro, **entro 8 giorni lavorativi dalla ricezione, (solo se la liquidazione verrà effettuata tramite bonifico su conto corrente italiano), da parte della Compagnia, dei documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.**

Il capitale della prestazione facoltativa rimane costante per tutta la durata contrattuale.

Art. 4 REQUISITI SOGGETTIVI

4.1 Persone assicurabili.

L'età dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non può essere inferiore a 18 anni, né superiore a 70 anni.

Nel caso in cui il Contraente abbia selezionato alla sottoscrizione almeno una tra le garanzie Malattie Gravi, Malattie Gravi Anticipativa e Non Autosufficienza con rendita temporanea, l'età dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non potrà essere inferiore a 18 anni, né superiore a 60 anni.

4.2 Persone non assicurabili.

Non sono assicurabili le persone che, alla sottoscrizione del contratto, hanno un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 70 anni e sei mesi, nonché le persone che alla scadenza del contratto hanno un'età pari o superiore a 75 anni e sei mesi.

Nel caso in cui il Contraente abbia selezionato alla sottoscrizione almeno una tra le garanzie Malattie Gravi, Malattie Gravi Anticipativa o Non Autosufficienza con rendita temporanea, non sono assicurabili le persone che, alla conclusione del contratto non abbia un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 60 anni e sei mesi, nonché le persone che alla scadenza del contratto abbiano un'età pari o superiore a 65 anni e sei mesi.

Art. 5 DURATA

La presente garanzia può avere una durata minima di 2 anni e massima di 30 anni.

La durata della presente garanzia facoltativa, abbinabile alla garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante o TCM a capitale costante e premio annuo costante a due Assicurati, è la medesima della garanzia decesso.

SEZIONE 2

ESCLUSIONI, CARENZE, OPERATIVITA' E CESSAZIONE

Art. 6 ESCLUSIONI E CARENZE

A) ESCLUSIONI

Per la presente garanzia non sono previste esclusioni.

B) CONDIZIONI DI CARENZA

Per la presente garanzia è previsto un periodo di carenza pari a un anno dalla data di decorrenza del contratto.

In caso di decesso durante il primo anno di durata contrattuale la Compagnia non liquiderà il capitale assicurato e i premi saranno trattenuti dalla Compagnia stessa.

Art. 7 OPERATIVITA' E CESSAZIONE DELLA GARANZIA

L'obbligo della Compagnia di pagare il capitale relativo alla presente garanzia sussiste quando la morte dell'Assicurato avvenga successivamente al periodo di carenza di cui al precedente Art. 6 "Esclusioni e carenze", a condizione che le garanzie siano in vigore e sia corrisposta l'annualità di premio prevista.

La decorrenza della presente garanzia facoltativa, abbinabile alla garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante o TCM a capitale costante e premio annuo costante a due Assicurati, è la medesima della garanzia decesso.

La garanzia si estingue:

- in caso di mancato pagamento del premio annuo della prestazione decesso. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.
- in caso sia stato già riconosciuto lo stato di malattia terminale (Terminal Illness) con conseguente liquidazione del capitale in caso di decesso previsto dal contratto;
- alla scadenza del contratto. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

SEZIONE 3

COSTI

Art. 8 COSTI

Costi gravanti sul premio corrisposto per la presente garanzia.

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo. Oltre ai costi descritti all'Art.5 delle Condizioni Generali di Contratto, sono previsti i seguenti costi:

Tabella A

Garanzia	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
	Costi in percentuale
Garanzia facoltativa - Instant Benefit	11% del premio annuo al netto del costo fisso

SEZIONE 4

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 9 DOCUMENTAZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

La Compagnia effettuerà il pagamento della prestazione della presente garanzia al Beneficiario nominativo irrevocabile o, in sua mancanza, agli eredi legittimi del Beneficiario nominativo irrevocabile entro 8 giorni lavorativi dalla ricezione (solo se la liquidazione verrà effettuata tramite bonifico su conto corrente italiano), da parte della Compagnia, dei documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.

In caso di decesso per la Garanzia facoltativa - Instant Benefit:

- richiesta di liquidazione presentata e sottoscritta del Beneficiario nominativo e irrevocabile di polizza e/o aventi diritto;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale del Beneficiario nominativo e irrevocabile;
- fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- coordinate bancarie (codice IBAN del beneficiario) su cui effettuare il bonifico.

La denuncia della morte deve essere inviata, entro 30 giorni dalla data di decesso, per iscritto dal Contraente

e/o dal Beneficiario nominativo e irrevocabile mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Ufficio Sinistri Canali Proprietari - Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano - Italia.

Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari al verificarsi dell'evento assicurato, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica del beneficiario, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

La liquidazione del sinistro verrà effettuata dalla Compagnia entro 8 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo. Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

SEZIONE 5

BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Art. 10 BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Il Contraente designa il Beneficiario della prestazione erogata dalla Compagnia per la presente garanzia che dovrà essere un unico nominativo e irrevocabile.

Il Contraente non potrà revoca o modificare tale Beneficiario nel corso della durata contrattuale. In caso di decesso del Beneficiario nominativo irrevocabile, verrà sostituito dagli Eredi Legittimi di quest'ultimo.

GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA - COMPLEMENTARI INFORTUNI

LE NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA

In questa sezione vengono indicate le norme che regolano la Garanzia complementare facoltativa - Complementari Infortuni.

SEZIONE 1

OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 1 PRESTAZIONI

1.1 Prestazioni assicurate in caso di decesso per infortunio dell'Assicurato.

La presente garanzia complementare facoltativa, selezionabile alla sottoscrizione dal Contraente, è abbinabile esclusivamente alle seguenti garanzie:

- TCM a capitale costante e premio annuo costante;
- TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati esclusivamente sull'Assicurato (non sul Secondo Assicurato).

Il Contraente, alla sottoscrizione del contratto, potrà selezionare una delle seguenti opzioni:

1. decesso per infortunio: la Compagnia prevede la corresponsione ai Beneficiari di un importo pari al capitale assicurato in caso di decesso, nel caso in cui lo stesso sia conseguente ad infortunio;
2. decesso per infortunio e decesso per infortunio conseguente ad incidente stradale: la Compagnia prevede la corresponsione ai Beneficiari di un importo pari al capitale assicurato in caso di decesso, nel caso in cui lo stesso sia conseguente ad infortunio. Qualora il decesso per infortunio sia conseguente ad incidente stradale da circolazione, la Compagnia prevede la corresponsione ai Beneficiari di un importo pari al doppio del capitale assicurato in caso di decesso.

In base all'opzione scelta alla sottoscrizione, in caso di decesso causato da infortunio, la Compagnia liquiderà la prestazione come riportato al successivo Art.3 "Capitale assicurato".

1.2 Prestazioni assicurate in caso di sopravvivenza dell'Assicurato.

Nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto. In tale data il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia.

Art. 2 PREMIO

Il premio annuo è dovuto per tutta la durata contrattuale ed è determinato in relazione all'ammontare del capitale assicurato, all'attività professionale svolta, all'attività sportiva praticata dall'Assicurato e in base all'opzione selezionata alla sottoscrizione di cui all'Art. 1 "Prestazioni".

Per quanto riguarda la possibilità di frazionamento e le modalità di pagamento, si faccia riferimento all'Art. 4 "Premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 3 CAPITALE ASSICURATO

Il capitale assicurato liquidabile ai Beneficiari qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguente ad infortunio o, in alternativa, ad infortunio conseguente ad incidente stradale da circolazione, sarà pari, in base all'opzione selezionata dal Contraente di cui all'Art.1 "Prestazione, al:

- 1) capitale assicurato della prestazione TCM con il massimo di 250.000,00 Euro, in caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio;
- 2) capitale assicurato della prestazione TCM con il massimo di 250.000,00 Euro, in caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio. In caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio conseguente ad incidente stradale da circolazione, sarà pari al doppio del capitale assicurato della prestazione TCM con il massimo di 500.000,00 Euro.

Il capitale della prestazione complementare rimane costante per tutta la durata contrattuale. La prestazione complementare decorre dal giorno in cui entra in vigore la garanzia decesso con la medesima durata.

Art. 4 REQUISITI SOGGETTIVI

4.1 Persone assicurabili.

L'età degli Assicurati, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non può essere inferiore a 18 anni, né superiore a 70 anni.

Nel caso in cui il Contraente abbia selezionato alla sottoscrizione almeno una tra le garanzie Malattie Gravi, Malattie Gravi Anticipativa e Non Autosufficienza con rendita temporanea, l'età dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non potrà essere inferiore a 18 anni, né superiore a 60 anni.

4.2 Persone non assicurabili.

Non sono assicurabili le persone che, alla sottoscrizione del contratto, hanno un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 70 anni e sei mesi, nonché le persone che alla scadenza del contratto hanno un'età pari o superiore a 75 anni e sei mesi.

Nel caso in cui il Contraente abbia selezionato alla sottoscrizione almeno una tra le garanzie Malattie Gravi, Malattie Gravi Anticipativa o Non Autosufficienza con rendita temporanea, non sono assicurabili le persone che, alla conclusione del contratto non abbia un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 60 anni e sei mesi, nonché le persone che alla scadenza del contratto abbiano un'età pari o superiore a 65 anni e sei mesi.

Art. 5 DURATA

La presente garanzia può avere una durata minima di 2 anni e massima di 30 anni.

La durata della presente garanzia complementare facoltativa, abbinabile alla garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante o TCM a capitale costante e premio annuo costante a due Assicurati, è la medesima della garanzia decesso.

SEZIONE 2

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO, ESCLUSIONI, CARENZE, OPERATIVITA' E CESSAZIONE

Art. 6 ESCLUSIONI E CARENZE

A) ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia complementare il decesso causato da:

- atti dolosi commessi dall'Assicurato, fatti salvi i casi di legittima difesa, e atti contro la propria persona compiuti o consentiti dall'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- conseguenze di infortuni preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all'Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva;
- abuso di alcool, abuso od uso non terapeutico di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- interventi, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- malaria, carbonchio e avvelenamento comunque causato;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, uso e guida di mezzi subacquei, uso di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- svolgimento di un'attività professionale pericolosa, non dichiarata come praticata al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio;
- pratiche di sport pericolosi, non dichiarate come praticate al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio;
Sarà possibile estendere la copertura qualora lo sport pericoloso sia praticato successivamente alla sottoscrizione della polizza, se prontamente segnalato e accettato dalla Compagnia e previa corresponsione del relativo sovrappremio;
- inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, disintegrazioni del nucleo atomico.

B) CONDIZIONI DI CARENZA

Per la presente garanzia non verrà applicato alcun periodo di carenza.

Art. 7 OPERATIVITA' E CESSAZIONE DELLA GARANZIA

L'obbligo della Compagnia di pagare il capitale relativo alla prestazione complementare sussiste quando, essendo in vigore la garanzia decesso e corrisposta l'annualità di premio prevista sia per la garanzia decesso sia per la prestazione complementare facoltativa, la morte dell'Assicurato sia conseguenza di un infortunio e si verifichi entro un anno dal giorno nel quale è avvenuto l'infortunio.

La garanzia si estingue:

- in caso di mancato pagamento del premio annuo. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.
- in caso sia stato già riconosciuto lo stato di malattia terminale (Terminal Illness) con conseguente liquidazione del capitale in caso di decesso previsto dal contratto;
- alla scadenza del contratto. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

SEZIONE 3

COSTI

Art. 8 COSTI

Costi gravanti sul premio corrisposto per la presente garanzia.

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo. Oltre ai costi descritti all'Art.5 "Costi" delle Condizioni Generali di Contratto, sono previsti i seguenti costi:

Tabella A

Garanzia	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
	Costi in percentuale
Garanzia Complementare Facoltative- Complementari Infortuni	11% del premio annuo al netto del costo fisso

SEZIONE 4

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 9 DOCUMENTAZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

In caso di decesso per infortunio:

La denuncia della morte per infortunio deve essere inviata, entro 10 giorni dalla data dell'evento, per iscritto dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Ufficio Sinistri Canali Proprietari - Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano - Italia.

Nella denuncia deve essere indicato:

- giorno, ora e luogo dell'evento;
- cause e modalità dell'infortunio;
- l'eventuale indicazione dei testimoni al fatto e dell'Autorità intervenuta;
- certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita) rilasciato dal Comune;
- eventuale certificato del medico che ha prestato le prime cure all'infortunato e/o chi ha compilato l'atto di morte.

Gli aventi diritto dovranno consentire alla Compagnia lo svolgimento delle indagini e autorizzare il medico curante a dare le informazioni che fossero necessarie.

Dopo aver ricevuto i documenti probatori dell'infortunio, e dopo aver compiuto gli accertamenti necessari, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari il capitale assicurato.

Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari al verificarsi dell'evento assicurato, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, verbale dell'autopsia ove eseguita, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicato in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e

non esaustiva, etc.).

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica del beneficiario, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

La liquidazione dei sinistri verrà effettuata dalla Compagnia, unitamente alla prestazione per decesso, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo. Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

La Compagnia rinuncia al diritto di rivalersi sui responsabili dell'infortunio che hanno causato la morte dell'Assicurato.

SEZIONE 5

BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Art. 10 BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

I Beneficiari della prestazione erogata dalla Compagnia per la presente garanzia sono i medesimi della garanzia decesso.

GARANZIA MALATTIE GRAVI

LE NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA

In questa sezione vengono indicate le norme che regolano la garanzia Malattie Gravi.

SEZIONE 1

OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 1 PRESTAZIONI

Alla sottoscrizione il Contraente potrà selezionare una delle seguenti opzioni:

1. Malattie Gravi (3 Malattie) che offre la copertura all'insorgere di una delle 3 seguenti malattie: Cancro; Infarto del miocardio (attacco cardiaco); Ictus;
2. Malattie Gravi (12 Malattie) che offre la copertura all'insorgere di una delle 12 seguenti malattie: Cancro, Infarto del miocardio (attacco cardiaco); Ictus; Intervento di Bypass Aortocoronarico (CABG); Malattia renale allo stadio terminale; Trapianto di organi principali, tessuto composito o midollo osseo; Paralisi degli arti; Perdita profonda della vista; Chirurgia delle valvole cardiache; Chirurgia dell'aorta; Sclerosi multipla; Malattia del Motoneurone.

La presente garanzia prevede, in caso di insorgenza di una delle malattie sopra riportate e descritte al successivo Art. 6 "Definizione delle malattie gravi oggetto della garanzia", che comporti, prima della scadenza contrattuale, un grado di invalidità superiore o uguale al 5%, la corresponsione di un capitale all'Assicurato, come riportato al successivo Art. 3 "Capitale assicurato".

La garanzia potrà essere selezionata previo preventivo accertamento dello stato di salute dell'Assicurato attraverso la compilazione e sottoscrizione di un questionario sanitario.

E' comunque prevista una limitazione della garanzia, denominata periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 7 "Esclusioni e carenze".

Il rischio di insorgenza della malattia grave è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 7 "Esclusioni e carenze", senza limiti territoriali e fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. "cambiamento di professione dell'assicurato" in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.

Art. 2 PREMIO

Il premio annuo viene determinato nel suo ammontare al momento della stipulazione del contratto assicurativo in relazione all'età dell'Assicurato alla sottoscrizione, al capitale assicurato per la presente garanzia, allo stato di salute, alla durata del contratto e all'opzione scelta di cui all'Art.1 "Prestazioni".

Il premio è comprensivo dei costi indicati al successivo Art. 10 "Costi".

Il premio è corrisposto fino alla scadenza contrattuale o, in caso di insorgenza della malattia grave, fino al

verificarsi di tale evento.

In caso di insorgenza della malattia grave con liquidazione della prestazione, il Contraente dovrà continuare a corrispondere i premi relativi alle eventuali ulteriori garanzie selezionate alla sottoscrizione.

Per quanto riguarda la possibilità di frazionamento e le modalità di pagamento, si faccia riferimento all'Art. 4 "Requisiti soggettivi" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 2.1 - Rivedibilità del premio annuo.

Trascorsi 5 anni dalla data di decorrenza del contratto, la Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi demografiche 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 le annualità assicurative successive.

Il Contraente potrà comunque richiedere le basi demografiche 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 la modifica dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta, con effetto dalla ricorrenza annuale, di un importo pari alla differenza tra la prestazione precedentemente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

Art. 3 CAPITALE ASSICURATO

In base all'opzione selezionata dal Contraente di cui all'Art. 1 "Prestazioni", qualora l'Assicurato sia colpito, nel corso della durata contrattuale, da una delle malattie specificate nel seguente Art. 6 "Definizione delle malattie gravi oggetto della garanzia" che comportino un grado di invalidità permanente superiore o uguale al 5%, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato un capitale il cui importo verrà scelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto.

Il capitale minimo assicurabile per la presente garanzia non potrà essere inferiore a Euro 25.000,00 mentre il capitale massimo assicurabile per la garanzia Malattie Gravi non potrà essere superiore a Euro 150.000,00 e, non potrà eccedere il capitale complessivo assicurato sulla stessa persona con uno o più contratti del prodotto Active Vita per la garanzia decesso.

Il capitale complessivo assicurato relativo alla presente garanzia sulla stessa persona con uno o più contratti stipulati con la Compagnia, comprensivo del capitale complessivo assicurato relativamente alla garanzia Malattie Gravi Anticipativa, non può superare i limiti sopra indicati.

A titolo esemplificativo si riportano alcune possibili casistiche di sottoscrizione della garanzia Malattie Gravi:

i

ESEMPI

Caso 1

Età Assicurato: 55 anni

Capitale assicurato per Decesso con contratto pregresso Active Vita: 100.000,00 Euro

Capitale assicurato per Malattie Gravi con contratto pregresso Active Vita: 50.000,00 Euro

Capitale assicurato per Malattie Gravi su nuovo contratto Active Vita: minimo pari a 25.000,00 Euro e massimo 50.000,00 Euro in quanto, il cumulo del capitale assicurabile con più contratti per la garanzia Malattie Gravi (50.000,00 + 50.000,00), non può eccedere il capitale assicurato della garanzia Decesso (100.000,00 Euro).

Caso 2

Età Assicurato: 55 anni

Capitale assicurato per Decesso con contratto pregresso Active Vita: 200.000,00 Euro

Capitale assicurato per Malattie Gravi con contratto pregresso Active Vita: 50.000,00 Euro

Capitale assicurato per Malattie Gravi su nuovo contratto Active Vita: minimo pari a 25.000,00 Euro e massimo 100.000,00 Euro in quanto il cumulo del capitale assicurabile, con più contratti, per la garanzia Malattie Gravi (50.000,00 + 100.000,00) non può eccedere 150.000,00 Euro e non può superare il capitale assicurato dalla garanzia Decesso.

La Compagnia si impegna ad accertare l'insorgenza della "malattia grave" dell'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricezione della denuncia.

Una volta accertata e riconosciuta l'insorgenza della malattia grave, in base all'opzione selezionata di cui all'Art.1 "Prestazione" e quindi il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il periodo di qualificazione di cui all'Art. 8 "Periodo di qualificazione", la Compagnia corrisponde il capitale assicurato per la presente garanzia.

Nel caso di liquidazione all'Assicurato della prestazione relativa alla garanzia Malattie Gravi, cessa la seguente garanzia per la quale i premi non sono più dovuti:

1. la garanzia di assistenza relativa alla garanzia Malattie Gravi;

restano in vigore le seguenti garanzie:

- 1. la garanzia Non Autosufficienza con rendita temporanea e la rispettiva garanzia di assistenza abbinata, a fronte del pagamento del premio che dovrà essere corrisposto dal Contraente alle scadenze pattuite;**
- 2. la garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante o la garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati sull'Assicurato e la rispettiva garanzia di assistenza abbinata, a fronte del pagamento del premio che dovrà essere corrisposto dal Contraente alle scadenze pattuite;**
- 3. le Garanzie facoltative (Instant Benefit e/o Complementari Infortuni) a fronte del pagamento del premio che dovrà essere corrisposto dal Contraente alle scadenze pattuite.**

Art. 4 REQUISITI SOGGETTIVI

4.1 Persone assicurabili.

L'età dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non può essere inferiore a 18 anni, né superiore a 60 anni.

4.2 Persone non assicurabili.

Non sono assicurabili le persone che, alla sottoscrizione del contratto, hanno un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 60 anni e sei mesi, nonché le persone che alla scadenza del contratto hanno un'età pari o superiore a 65 anni e sei mesi.

Art. 5 DURATA

Il presente contratto ha una durata minima di 2 anni e massima di 30 anni.

Qualora l'età assicurativa dell'Assicurato, all'ingresso in assicurazione, sia superiore a 45 anni, il contratto potrà essere stipulato per una durata tale da consentire la scadenza contrattuale non oltre il 65° anno di età dell'Assicurato.

Art. 6 DEFINIZIONE DELLE MALATTIE GRAVI OGGETTO DELLA GARANZIA

Alla sottoscrizione il Contraente potrà selezionare una delle seguenti opzioni:

- 1. Malattie Gravi (3 Malattie) che offre la copertura all'insorgere di una delle 3 seguenti malattie: Cancro; Infarto del miocardio (attacco cardiaco); Ictus;**
- 2. Malattie Gravi (12 Malattie) che offre la copertura all'insorgenza di una delle 12 seguenti malattie: Cancro, Infarto del miocardio (attacco cardiaco); Ictus; Intervento di Bypass Aortocoronarico (CABG); Malattia renale allo stadio terminale; Trapianto di organi principali, tessuto composito o midollo osseo; Paralisi degli arti; Perdita profonda della vista; Chirurgia delle valvole cardiache; Chirurgia dell'aorta; Sclerosi multipla; Malattia del Motoneurone.**

Di seguito si riportano le definizioni e le esclusioni delle malattie:

1. Cancro

Ogni tumore maligno con diagnosi positiva confermata istologicamente e caratterizzato dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale. La diagnosi deve essere confermata da uno specialista.

Salvo esplicita esclusione, la leucemia, il linfoma maligno e la sindrome mielodisplasica sono coperte dalla presente definizione.

Dalla copertura sono esclusi:

- I tumori istologicamente classificati come pre-maligni, non invasivi o il carcinoma in situ (inclusi il carcinoma mammario duttale o lobulare in situ e la displasia cervicale CIN-1, CIN-2 and CIN-3);
- Il cancro della prostata salvo che classificato istologicamente con un Gleason score maggiore di 6 o progredito ad una classificazione clinica TNM almeno di T2N0M0;
- La leucemia cronica linfocitica salvo che sia progredita almeno ad uno stadio di Binet B;
- Il carcinoma basocellulare, il carcinoma squamoso della pelle ed il melanoma maligno allo stadio IA (T1aN0M0) salvo che vi sia evidenza di metastasi;
- Il cancro tiroideo papillare con diametro inferiore ad 1 cm e classificato istologicamente come T1N0M0;
- Il micro-carcinoma papillare della vescica istologicamente classificato come Ta;
- La Policitemia Rubra Vera e la Trombocitopenia essenziale;
- La Gammopatia Monoclonale di significato indeterminato;
- Il linfoma Gastrico MALT qualora possa essere trattato con eradicazione dell'*Helicobacter*;
- Il tumore stromale gastrointestinale (GIST) agli stadi I e II secondo l'AJCC Cancer Staging Manual, Settima Edizione (2010);
- Il linfoma cutaneo salvo che richieda il trattamento con chemioterapia o radioterapia;
- Il carcinoma mammario microinvasivo (istologicamente classificato come T1mic) salvo che sia necessaria mastectomia, chemioterapia o terapia radiante;
- Il carcinoma microinvasivo della cervice uterina (istologicamente classificato come stadio IA1) salvo che la condizione richieda isterectomia, chemioterapia o radioterapia;
- I tumori borderline o i tumori con basso potenziale di malignità Stadiazione FIGO I e II.

2. Infarto del miocardio

L'infarto del miocardio è la necrosi del tessuto cardiaco conseguente ad una ostruzione prolungata del flusso sanguigno. Sotto tale definizione, l'infarto del miocardio deve essere confermato dall'aumento e/o dalla riduzione dei valori dei marker biochimici cardiaci (troponina o CKMB) a livelli considerati diagnostici dell'infarto del miocardio, unitamente ad almeno due dei seguenti criteri:

- sintomi di ischemia (come il dolore toracico);
- alterazioni elettrocardiografiche (ECG) indicative di una nuova ischemia (nuove alterazioni ST-T o nuovo blocco di branca sinistra);
- sviluppo di onde Q patologiche nell'ECG.

La diagnosi deve essere confermata da uno Specialista Cardiologo.

In relazione a tale definizione, non rientrano nella copertura:

- la sindrome coronarica acuta (angina stabile o instabile);
- l'aumento della troponina in assenza di manifesta malattia ischemica del cuore (es. miocarditi, ballooning apicale, contusione cardiaca, embolismo polmonare, tossicità da farmaci);
- l'infarto del miocardio in presenza di arterie coronariche normali o causato da vasospasmo coronarico, bridging miocardico o abuso di droghe;
- l'infarto del miocardio che avvenga nei 14 giorni successivi ad angioplastica coronarica o intervento di bypass.

3. Ictus

Necrosi del tessuto cerebrale come conseguenza di un evento cerebrovascolare acuto causato da trombosi intracranica o emorragia (inclusa l'emorragia subaracnoidea), o embolismo da fonte extracranica con

- insorgenza acuta di sintomi neurologici, e
- presenza di nuovi deficit neurologici oggettivamente rilevabili con esami clinici.

Il deficit neurologico deve persistere per almeno 3 mesi a decorrere dalla data della diagnosi. La diagnosi deve essere confermata da uno Specialista Neurologo e supportata dal risultato di test per immagini.

In relazione a tale definizione, non rientrano nella copertura:

- Attacco Ischemico Transitorio (TIA) e il Deficit Ischemico Neurologico Prolungato Reversibile (PRIND);
- Lesioni traumatiche dei tessuti cerebrali o dei vasi sanguigni;
- Deficit neurologici conseguenti ad ipossia in genere, infezione, malattia infiammatoria, emicrania o procedura medica;
- Rilievo incidentale mediante un test per immagini (scansione CT o MRI) in assenza di sintomi clinici

- chiaramente correlati (ictus silente);
- Necrosi del tessuto del nervo ottico, della retina o dell'organo vestibolare.

4. Intervento di Bypass Aortocoronarico (CABG) - trattamento della malattia multivasale dell'arteria coronarica

L'intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie con innesti di bypass. Sono coperte sia la chirurgia cardiaca con sternotomia completa (divisione verticale dello sterno) che le procedure minimamente invasive (sternotomia parziale o toracotomia). La necessità dell'intervento chirurgico deve essere certificata da un medico cardiologo o da un chirurgo cardiaco e supportata dai risultati di un'angiografia coronarica.

Dalla copertura sono esclusi:

- l'intervento chirurgico di bypass per trattare il restringimento o il blocco di una arteria coronaria;
- l'angioplastica coronarica o il posizionamento di stent.

5. Malattia renale allo stadio terminale

Insufficienza cronica ed irreversibile di entrambi i reni, che comporti necessità di emodialisi regolare o sia stata impiantata dialisi peritoneale o sia stato effettuato trapianto renale. La dialisi deve essere necessaria dal punto di vista medico e deve essere confermata da uno Specialista Nefrologo.

Dalla copertura sono esclusi:

- L'insufficienza renale acuta reversibile che richieda dialisi renale temporanea.

6. Trapianto di organi principali, tessuto composito o midollo osseo

L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto, allogenico o isogenico, ad uno o più dei seguenti organi:

- Cuore;
- Rene;
- Fegato (incluso il trapianto di parte del fegato ed il trapianto da donatore vivente);
- Polmone (incluso il trapianto di un lobo da donatore vivente o il trapianto di un solo polmone);
- Midollo osseo (trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche mediante ablazione totale del midollo osseo);
- Intestino tenue;
- Pancreas.

La condizione che porta al trapianto deve essere considerata non trattabile con qualsiasi altro mezzo, con conferma da parte di uno specialista.

Dalla copertura sono esclusi:

- Il trapianto di altri organi, parti del corpo o tessuti (inclusi la cornea e la pelle);
- Il trapianto di altre cellule (incluse cellule isolate e cellule staminali diverse da quelle emopoietiche).

7. Paralisi degli arti - totale ed irreversibile

Perdita totale e irreversibile della funzione muscolare di tutti i 2 arti a seguito di lesioni, o malattia del midollo spinale o del cervello. L'arto è definito come il braccio completo o la gamba completa. La paralisi deve permanere per più di 3 mesi, essere confermata da un Consulente Neurologo e supportata da risultati clinici e diagnostici.

Dalla copertura sono esclusi:

- Paralisi a causa di autolesionismo o disturbi psicologici;
- Sindrome di Guillain Barrè;
- Paralisi periodica o ereditaria.

8. Perdita profonda della vista - irreversibile

Perdita profonda della vista di entrambi gli occhi derivante da una malattia o da un trauma che non può essere corretta mediante correzione refrattiva, farmaci o interventi chirurgici. La perdita profonda della vista è caratterizzata da un'acuità visiva di 3/60 o inferiore (0,05 o inferiore nella notazione decimale) nell'occhio migliore dopo la migliore correzione o da un campo visivo inferiore a 10° di diametro nell'occhio migliore dopo la migliore correzione.

La diagnosi deve essere confermata da uno specialista oftalmologo.

9. Chirurgia delle valvole cardiache

La sottoposizione ad un intervento chirurgico per sostituire o riparare una o più valvole cardiache difettose.

Le seguenti procedure sono coperte da questa definizione:

- Sostituzione o riparazione della valvola cardiaca con sternotomia completa (divisione verticale dello sterno), sternotomia parziale o toracotomia;
- Ross-Procedure;
- Valvuloplastica con catetere;
- Impianto transcateretere della valvola aortica (TAVI).

L'intervento chirurgico deve essere ritenuto necessario dal punto di vista medico da uno specialista cardiologo o da un cardiocirurgo e supportato dai risultati di un ecocardiogramma o cateterismo cardiaco.

Dalla copertura sono esclusi:

- Clipping della valvola mitrale transcateretere.

10. Chirurgia Aortica - comprese procedure mininvasive

La sottoposizione ad un intervento chirurgico per trattare restringimento, ostruzione, aneurisma o dissezione dell'aorta.

Le procedure mininvasive come la riparazione endovascolare sono coperte da questa definizione. La chirurgia deve essere stata valutata come necessaria dal punto di vista medico da parte di uno specialista chirurgo e supportata dagli esiti di accertamenti medici ad imaging.

Sono esclusi dalla copertura:

- la chirurgia a qualsiasi ramo dell'aorta toracica o addominale (compresi gli innesti di bypass aortoiliaco o aortofemorale);
- la chirurgia dell'aorta correlata a disturbi ereditari del tessuto connettivo (ad es. Sindrome di Marfan, sindrome di Ehlers-Danlos);
- l'intervento chirurgico a seguito di lesione traumatica dell'aorta.

11. Sclerosi multipla - con conseguenti sintomi permanenti

Diagnosi definitiva di sclerosi multipla, che deve essere confermata da un consulente Neurologo e supportata da tutti i seguenti criteri:

- Attuale compromissione clinica della funzione motoria o sensoriale, che deve essere persistita per un periodo continuativo di almeno 6 mesi;
- Risonanza Magnetica per Immagini (MRI) che evidenzia almeno due lesioni di demielinizzazione, nel cervello o nel midollo spinale, caratteristiche della sclerosi multipla.

Dalla copertura sono esclusi:

- Possibile sclerosi multipla e sindromi neurologicamente o radiologicamente isolate suggestive ma non diagnostiche della sclerosi multipla;
- Neurite ottica isolata e neuromielite ottica.

12. Malattia del Motoneurone - con conseguente perdita permanente delle capacità fisiche

La diagnosi definitiva di una delle seguenti malattie del motoneurone:

- Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA o Malattia di Lou Gehring);
- Sclerosi Primaria Laterale (SLP);
- Atrofia Muscolare Progressiva (PMA);
- Paralisi Bulbare Progressiva (PBP).

La malattia deve comportare una totale incapacità di svolgere, da soli, almeno 3 attività su 6 della vita quotidiana per un periodo continuativo di almeno 3 mesi senza alcuna ragionevole possibilità di recupero.

Le attività della vita quotidiana (ADL) sono:

- Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia (incluso entrare e uscire dalla vasca da bagno o dalla doccia) o lavarsi in modo soddisfacente con altri mezzi.
- Vestirsi e svestirsi - la capacità di indossare, togliere, allacciare e slacciare tutti gli indumenti e, se necessario, eventuali tutori, arti artificiali o altri strumenti apparecchi chirurgici.
- Nutrirsi - la capacità di nutrirsi quando il cibo è stato preparato e reso disponibile.
- Mantenimento dell'igiene personale - la capacità di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale utilizzando il bagno o altrimenti controllando le funzioni dell'intestino e della vescica.
- Muoversi tra le stanze: la capacità di spostarsi da una stanza all'altra su un pavimento piano.
- Entrare e uscire dal letto: la capacità di spostarsi dal letto su una sedia o sedia a rotelle e tornare indietro.

La diagnosi deve essere confermata da un Consulente Neurologo e supportata da studi sulla conduzione nervosa (NCS) ed elettromiografia (EMG).

Dalla copertura sono escluse:

- Neuropatia motoria multifocale (MMN) e miosite da corpi inclusi;
- Sindrome post-polio;
- Atrofia muscolare spinale;
- Polimiosite e dermatomiosite.

Si intende per "Deficit neurologico", dove menzionato nelle definizioni sopra riportate:

Sintomi di disfunzioni nel sistema nervoso presenti negli esami clinici. I sintomi che rientrano nella copertura includono intorpidimento, iperestesia (aumento della sensibilità), paralisi, debolezza localizzata, disartria (difficoltà con la parola), afasia (incapacità di parlare), disfagia (difficoltà a deglutire), disturbi visivi, difficoltà a camminare, mancanza di coordinazione, tremore, convulsioni, letargia, demenza, delirio e coma.

In relazione a tale definizione, non rientrano nella copertura:

- L'anomalia rilevata da TC o Risonanza Magnetica o altre tecniche di imaging in assenza di sintomi clinici correlati;
- Segni neurologici che si verificano senza anomalia sintomatica, ad es. riflessi vivaci senza altri sintomi;
- Sintomi di origine psicologica o psichiatrica.

SEZIONE 2

ESCLUSIONI, CARENZE, OPERATIVITA' E CESSAZIONE

Art. 7 ESCLUSIONI E CARENZE

A) ESCLUSIONI

Non sono assicurabili coloro che risultassero già affetti dalle specifiche malattie o situazioni sanitarie oggetto della presente garanzia, a causa di affezioni o incidenti verificatisi in data precedente l'ingresso in assicurazione. Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di "malattia grave" derivanti direttamente, indirettamente da:

- dolo del Contraente o dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all'Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o stato di incapacità di intendere o volere da esso procurato;
- tentativi di suicidio e loro conseguenze;
- malattie intenzionalmente procurate;
- Patologie nervose o mentali non riconducibili ad una causa organica (es. depressione, psicosi, schizofrenia, ecc.);
- abuso di alcol, abuso o uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione non viene erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- 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;
- pratiche di sport pericolosi, non dichiarate come praticate al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio. Sarà possibile estendere la copertura qualora lo sport pericoloso sia praticato successivamente alla sottoscrizione della polizza, se prontamente segnalato e accettato dalla Compagnia e previa corresponsione del relativo sovrappremio.
- **Sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV.**

Nei casi sopra elencati non è prevista alcuna prestazione da parte della Compagnia.

B) CONDIZIONI DI CARENZA

Qualora l'insorgenza della malattia grave dell'Assicurato avvenga entro i primi 90 giorni dalla conclusione del contratto, e lo stesso sia in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà - in luogo del capitale assicurato - una somma pari all'ammontare dei premi versati come definito all'Art. 2 "Premio".

Art. 8 PERIODO DI QUALIFICAZIONE

La prestazione in forma di capitale verrà corrisposta con la stabilizzazione dello stato di salute, dopo che siano trascorsi 30 giorni (periodo di qualificazione) a partire dalla prima diagnosi medica che certifica l'insorgenza della malattia grave.

Una volta accertata e riconosciuta la malattia grave e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il suddetto periodo di qualificazione, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato.

Art. 9 CESSAZIONE DELLA GARANZIA

La garanzia si estingue:

- in caso di insorgenza della malattia grave dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, con il conseguente pagamento della prestazione assicurata. Il pagamento della somma assicurata comporta che nulla sarà più dovuto dalla Compagnia in caso di diagnosi di una seconda malattia grave;
- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia;
- alla scadenza del contratto. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia;
- in caso di mancato pagamento del premio annuo. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

SEZIONE 3

COSTI

Art. 10 COSTI

Costi gravanti sul premio corrisposto per la presente garanzia.

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo. Oltre ai costi descritti all'Art.5 "Costi" delle Condizioni Generali di Contratto, sono previsti i seguenti costi:

Tabella A

Garanzia	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
	Costi in percentuale
Malattie Gravi	11% del premio annuo al netto del costo fisso

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

SEZIONE 4

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 11 DOCUMENTAZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

In caso di denuncia e accertamento della malattia grave:

La Compagnia si impegna ad accertare l'insorgenza della malattia grave dell'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricezione della denuncia.

La denuncia del verificarsi della malattia grave, redatta in forma scritta dall'Assicurato o altre persone in sua vece, andrà accompagnata dai documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato e in particolare da certificato del medico curante o del medico ospedaliero, che attesti l'insorgenza delle malattie o delle particolari situazioni sanitarie oggetto della garanzia, indicante la data della sua sopravvenienza e che precisi l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato. La documentazione dovrà essere comprensiva del certificato comprovante l'invalidità superiore o uguale al 5%.

Dovrà inoltre essere allegata la seguente documentazione:

- copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero in ospedale, clinica, casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata la malattia grave;
- certificato medico specialista ed esami diagnostici secondo quanto indicato nella definizione stessa della malattia grave riportata al precedente Art.6 "Definizione delle malattie gravi oggetto della garanzia".

La Compagnia potrà accertare la diagnosi di malattia grave e dell'invalidità superiore o uguale al 5% anche tramite un medico di sua fiducia che eventualmente prescriverà tutti gli esami clinici che riterrà necessari all'accertamento stesso. Una volta accertata e riconosciuta l'insorgenza della malattia grave e quindi il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il periodo di qualificazione di cui all'Art. 8 "Periodo di qualificazione", la Compagnia corrisponde il capitale assicurato. Nel caso in cui la Compagnia accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari all'erogazione del capitale, il Contraente sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato e relative a premi scaduti successivamente alla denuncia.

Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari al verificarsi dell'evento assicurato, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, ulteriori cartelle cliniche, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica del beneficiario, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

La liquidazione dei sinistri verrà effettuata dalla Compagnia entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo. Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

SEZIONE 5

BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Art. 12 BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Il Beneficiario della prestazione erogata dalla Compagnia per la presente garanzia è l'Assicurato stesso.

GARANZIA MALATTIE GRAVI ANTICIPATIVA

LE NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA

In questa sezione vengono indicate le norme che regolano la Garanzia Malattie Gravi Anticipativa.

SEZIONE 1

OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 1 PRESTAZIONI

La presente garanzia, selezionabile alla sottoscrizione dal Contraente, è abbinabile esclusivamente alle seguenti garanzie:

1. TCM a capitale costante e premio annuo costante;
2. TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati, esclusivamente per l'Assicurato.

Alla sottoscrizione il Contraente potrà selezionare una delle seguenti opzioni:

1. Malattie Gravi (3 Malattie) che offre la copertura all'insorgere di una delle 3 seguenti malattie: Cancro; Infarto del miocardio (attacco cardiaco); Ictus;
2. Malattie Gravi (12 Malattie) che offre la copertura all'insorgere di una delle 12 seguenti malattie: Cancro, Infarto del miocardio (attacco cardiaco); Ictus; Intervento di Bypass Aortocoronarico (CABG); Malattia renale allo stadio terminale; Trapianto di organi principali, tessuto composito o midollo osseo; Paralisi degli arti; Perdita profonda della vista; Chirurgia delle valvole cardiache; Chirurgia dell'aorta; Sclerosi multipla; Malattia del Motoneurone.

La presente garanzia prevede, in caso di insorgenza di una delle malattie sopra riportate e descritte al successivo Art. 6 "Definizione delle malattie gravi oggetto della garanzia", che comporti, prima della scadenza contrattuale, un grado di invalidità superiore o uguale al 5%, la corresponsione di un capitale all'Assicurato, come riportato al successivo Art. 3 "Capitale assicurato".

La garanzia potrà essere selezionata previo preventivo accertamento dello stato di salute dell'Assicurato attraverso la compilazione e sottoscrizione di un questionario sanitario.

E' comunque prevista una limitazione della garanzia, denominata periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 7 "Esclusioni e carenze".

Il rischio di insorgenza della malattia grave è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 7 "Esclusioni e carenze", senza limiti territoriali e fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. "Cambiamento di professione dell'assicurato" in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.

Art. 2 PREMIO

Il premio annuo viene determinato nel suo ammontare al momento della stipulazione del contratto assicurativo in relazione all'età alla sottoscrizione dell'Assicurato, al capitale assicurato per la presente garanzia, allo stato di salute e alla durata del contratto e all'opzione scelta come descritta all'Art. 1 "Prestazioni".

Il premio è comprensivo dei costi indicati al successivo Art. 10 "Costi" ed è da corrispondere fino alla scadenza contrattuale, sempre che l'Assicurato sia in vita, o, in caso di insorgenza della malattia grave, fino al verificarsi di tale evento.

In caso di insorgenza della malattia grave con liquidazione della prestazione, il Contraente dovrà continuare a corrispondere i premi relativi alla garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante o TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati abbinata, oltre ai premi relativi alle eventuali ulteriori garanzie selezionate alla sottoscrizione.

Per quanto riguarda la possibilità di frazionamento e le modalità di pagamento, si faccia riferimento all'Art. 4 "Premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 2.1 - Rivedibilità del premio annuo.

Trascorsi 5 anni dalla data di decorrenza del contratto, la Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi demografiche 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 le annualità assicurative successive.

Il Contraente potrà comunque richiedere le basi demografiche 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 la modifica dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta, con effetto dalla ricorrenza annuale, di un importo pari alla differenza tra la prestazione precedentemente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

Art. 3 CAPITALE ASSICURATO

In base all'opzione selezionata dal Contraente di cui all'Art. 1 "Prestazioni", qualora l'Assicurato sia colpito da una delle malattie specificate nel seguente Art. 6 "Definizione delle malattie gravi oggetto della garanzia" che comportino un grado di invalidità permanente superiore o uguale al 5%, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato un capitale pari al 20% del capitale assicurato in caso di decesso con il limite massimo di Euro 150.000,00.

Il capitale massimo assicurabile per la presente garanzia non potrà essere superiore a Euro 150.000,00.

Il capitale complessivo assicurato relativo alla presente garanzia sulla stessa persona con uno o più contratti stipulati con la Compagnia, comprensivo del capitale complessivo assicurato relativo alla garanzia Malattie Gravi, non può superare i limiti sopra indicati.

La Compagnia si impegna ad accertare l'insorgenza della malattia grave dell'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricezione della denuncia.

Una volta accertata e riconosciuta l'insorgenza della malattia grave, in base all'opzione selezionata di cui all'Art.1 "Prestazioni" e quindi il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il periodo di qualificazione di cui all'Art. 8 "Periodo di qualificazione", la Compagnia corrisponde il capitale assicurato per la presente garanzia.

Nel caso di liquidazione all'Assicurato della prestazione relativa alla garanzia Malattie Gravi Anticipativa, cessa la seguente garanzia per i quali i premi non sono più dovuti:

- 1. la garanzia di assistenza relativa alla garanzia Malattie Gravi Anticipativa;**

restano in vigore le seguenti garanzie:

- 1. la garanzia Non Autosufficienza con rendita temporanea e la rispettiva garanzia di assistenza abbinata, a fronte del pagamento del premio che dovrà essere corrisposto dal Contraente alle scadenze pattuite;**

2. la garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante o la garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati sull'Assicurato e la rispettiva garanzia di assistenza abbinata, a fronte del pagamento del premio che dovrà essere corrisposto dal Contraente alle scadenze pattuite;
3. le Garanzie facoltative (Instant Benefit e/o Complementari Infortuni), a fronte del pagamento del premio che dovrà essere corrisposto dal Contraente alle scadenze pattuite.

Art. 4 REQUISITI SOGGETTIVI

4.1 Persone assicurabili.

L'età dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non può essere inferiore a 18 anni, né superiore a 60 anni.

4.2 Persone non assicurabili.

Non sono assicurabili le persone che, alla sottoscrizione del contratto, hanno un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 60 anni e sei mesi, nonché le persone che alla scadenza del contratto hanno un'età pari o superiore a 65 anni e sei mesi.

Art. 5 DURATA

La presente garanzia ha una durata minima di 2 anni e massima di 30 anni.

Qualora l'età dell'Assicurato, all'ingresso in assicurazione, sia superiore a 45anni, il contratto potrà essere stipulato per una durata tale da consentire la scadenza contrattuale non oltre il 65° anno di età dell'Assicurato.

Art. 6 DEFINIZIONE DELLE MALATTIE GRAVI OGGETTO DELLA GARANZIA

Alla sottoscrizione il Contraente potrà selezionare una delle seguenti opzioni:

1. Malattie Gravi (3 Malattie) che offre la copertura all'insorgere di una delle 3 seguenti malattie: Cancro; Infarto del miocardio (attacco cardiaco); Ictus;
2. Malattie Gravi (12 Malattie) che offre la copertura all'insorgenza di una delle 12 seguenti malattie: Cancro, Infarto del miocardio (attacco cardiaco); Ictus; Intervento di Bypass Aortocoronarico (CABG); Malattia renale allo stadio terminale; Trapianto di organi principali, tessuto composito o midollo osseo; Paralisi degli arti; Perdita profonda della vista; Chirurgia delle valvole cardiache; Chirurgia dell'aorta; Sclerosi multipla; Malattia del Motoneurone.

Di seguito si riportano le definizioni e le esclusioni delle malattie:

1. Cancro

Ogni tumore maligno con diagnosi positiva confermata istologicamente e caratterizzato dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale. La diagnosi deve essere confermata da uno specialista.

Salvo esplicita esclusione, la leucemia, il linfoma maligno e la sindrome mielodisplasica sono coperte dalla presente definizione.

Dalla copertura sono esclusi:

- I tumori istologicamente classificati come pre-maligni, non invasivi o il carcinoma in situ (inclusi il carcinoma mammario duttale o lobulare in situ e la displasia cervicale CIN-1, CIN-2 and CIN-3);
- Il cancro della prostata salvo che classificato istologicamente con un Gleason score maggiore di 6 o progredito ad una classificazione clinica TNM almeno di T2N0M0;
- La leucemia cronica linfocitica salvo che sia progredita almeno ad uno stadio di Binet B;
- Il carcinoma basocellulare, il carcinoma squamoso della pelle ed il melanoma maligno allo stadio IA (T1aN0M0) salvo che vi sia evidenza di metastasi;
- Il cancro tiroideo papillare con diametro inferiore ad 1 cm e classificato istologicamente come T1N0M0;
- Il micro-carcinoma papillare della vescica istologicamente classificato come Ta;
- La Policitemia Rubra Vera e la Trombocitopenia essenziale;
- La Gammopatia Monoclonale di significato indeterminato;
- Il linfoma Gastrico MALT qualora possa essere trattato con eradicazione dell'Helicobacter;
- Il tumore stromale gastrointestinale (GIST) agli stadi I e II secondo l'AJCC Cancer Staging Manual, Settima Edizione (2010);

- Il linfoma cutaneo salvo che richieda il trattamento con chemioterapia o radioterapia;
- Il carcinoma mammario microinvasivo (istologicamente classificato come T1mic) salvo che sia necessaria mastectomia, chemioterapia o terapia radiante;
- Il carcinoma microinvasivo della cervice uterina (istologicamente classificato come stadio IA1) salvo che la condizione richieda isterectomia, chemioterapia o radioterapia;
- I tumori borderline o i tumori con basso potenziale di malignità Stadiazione FIGO I e II.

2. Infarto del miocardio

L'infarto del miocardio è la necrosi del tessuto cardiaco conseguente ad una ostruzione prolungata del flusso sanguigno. Sotto tale definizione, l'infarto del miocardio deve essere confermato dall'aumento e/o dalla riduzione dei valori dei marker biochimici cardiaci (troponina o CKMB) a livelli considerati diagnostici dell'infarto del miocardio, unitamente ad almeno due dei seguenti criteri:

- sintomi di ischemia (come il dolore toracico);
- alterazioni elettrocardiografiche (ECG) indicative di una nuova ischemia (nuove alterazioni ST-T o nuovo blocco di branca sinistra);
- sviluppo di onde Q patologiche nell'ECG.

La diagnosi deve essere confermata da uno Specialista Cardiologo.

In relazione a tale definizione, non rientrano nella copertura:

- la sindrome coronarica acuta (angina stabile o instabile);
- l'aumento della troponina in assenza di manifesta malattia ischemica del cuore (es. miocarditi, ballooning apicale, contusione cardiaca, embolismo polmonare, tossicità da farmaci);
- l'infarto del miocardio in presenza di arterie coronariche normali o causato da vasospasmo coronarico, bridging miocardico o abuso di droghe;
- l'infarto del miocardio che avvenga nei 14 giorni successivi ad angioplastica coronarica o intervento di bypass.

3. Ictus

Necrosi del tessuto cerebrale come conseguenza di un evento cerebrovascolare acuto causato da trombosi intracranica o emorragia (inclusa l'emorragia subaracnoidea), o embolismo da fonte extracranica con

- insorgenza acuta di sintomi neurologici, e
- presenza di nuovi deficit neurologici oggettivamente rilevabili con esami clinici.

Il deficit neurologico deve persistere per almeno 3 mesi a decorrere dalla data della diagnosi. La diagnosi deve essere confermata da uno Specialista Neurologo e supportata dal risultato di test per immagini

In relazione a tale definizione, non rientrano nella copertura:

- Attacco Ischemico Transitorio (TIA) e il Deficit Ischemico Neurologico Prolungato Reversibile (PRIND);
- Lesioni traumatiche dei tessuti cerebrali o dei vasi sanguigni;
- Deficit neurologici conseguenti ad ipossia in genere, infezione, malattia infiammatoria, emicrania o procedura medica;
- Rilievo incidentale mediante un test per immagini (scansione CT o MRI) in assenza di sintomi clinici chiaramente correlati (ictus silente);
- Necrosi del tessuto del nervo ottico, della retina o dell'organo vestibolare.

4. Intervento di Bypass Aortocoronarico (CABG) - trattamento della malattia multivasale dell'arteria coronarica

L'intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie con innesti di bypass. Sono coperte sia la chirurgia cardiaca con sternotomia completa (divisione verticale dello sterno) che le procedure minimamente invasive (sternotomia parziale o toracotomia). La necessità dell'intervento chirurgico deve essere certificata da un medico cardiologo o da un chirurgo cardiaco e supportata dai risultati di un'angiografia coronarica

Dalla copertura sono esclusi:

- l'intervento chirurgico di bypass per trattare il restringimento o il blocco di una arteria coronaria;
- l'angioplastica coronarica o il posizionamento di stent.

5. Malattia renale allo stadio terminale

Insufficienza cronica ed irreversibile di entrambi i reni, che comporti necessità di emodialisi regolare o sia stata impiantata dialisi peritoneale o sia stato effettuato trapianto renale. La dialisi deve essere necessaria dal punto di vista medico e deve essere confermata da uno Specialista Nefrologo.

Dalla copertura sono esclusi:

- L'insufficienza renale acuta reversibile che richieda dialisi renale temporanea.

6. Trapianto di organi principali, tessuto composito o midollo osseo

L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto, allogenico o isogenico, ad uno o più dei seguenti organi:

- Cuore;
- Rene;
- Fegato (incluso il trapianto di parte del fegato ed il trapianto da donatore vivente);
- Polmone (incluso il trapianto di un lobo da donatore vivente o il trapianto di un solo polmone);
- Midollo osseo (trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche mediante ablazione totale del midollo osseo);
- Intestino tenue;
- Pancreas.

La condizione che porta al trapianto deve essere considerata non trattabile con qualsiasi altro mezzo, con conferma da parte di uno specialista.

Dalla copertura sono esclusi:

- Il trapianto di altri organi, parti del corpo o tessuti (inclusi la cornea e la pelle);
- Il trapianto di altre cellule (incluse cellule isolate e cellule staminali diverse da quelle emopoietiche).

7. Paralisi degli arti - totale ed irreversibile

Perdita totale e irreversibile della funzione muscolare di tutti i 2 arti a seguito di lesioni, o malattia del midollo spinale o del cervello. L'arto è definito come il braccio completo o la gamba completa. La paralisi deve permanere per più di 3 mesi, essere confermata da un Consulente Neurologo e supportata da risultati clinici e diagnostici.

Dalla copertura sono esclusi:

- Paralisi a causa di autolesionismo o disturbi psicologici;
- Sindrome di Guillain Barré;
- Paralisi periodica o ereditaria.

8. Perdita profonda della vista - irreversibile

Perdita profonda della vista di entrambi gli occhi derivante da una malattia o da un trauma che non può essere corretta mediante correzione refrattiva, farmaci o interventi chirurgici. La perdita profonda della vista è caratterizzata da un'acuità visiva di 3/60 o inferiore (0,05 o inferiore nella notazione decimale) nell'occhio migliore dopo la migliore correzione o da un campo visivo inferiore a 10° di diametro nell'occhio migliore dopo la migliore correzione.

La diagnosi deve essere confermata da uno specialista oftalmologo.

9. Chirurgia delle valvole cardiache

La sottoposizione ad un intervento chirurgico per sostituire o riparare una o più valvole cardiache difettose.

Le seguenti procedure sono coperte da questa definizione:

- Sostituzione o riparazione della valvola cardiaca con sternotomia completa (divisione verticale dello sterno), sternotomia parziale o toracotomia;
- Ross-Procedure;
- Valvuloplastica con catetere;
- Impianto transcateretere della valvola aortica (TAVI).

L'intervento chirurgico deve essere ritenuto necessario dal punto di vista medico da uno specialista cardiologo o da un cardiocirurgo e supportato dai risultati di un ecocardiogramma o cateterismo cardiaco.

Dalla copertura sono esclusi:

- Clipping della valvola mitrale transcateretere.

10. Chirurgia Aortica - comprese procedure mininvasive

La sottoposizione ad un intervento chirurgico per trattare restringimento, ostruzione, aneurisma o dissezione dell'aorta.

Le procedure mininvasive come la riparazione endovascolare sono coperte da questa definizione. La chirurgia deve essere stata valutata come necessaria dal punto di vista medico da parte di uno specialista chirurgo e supportata dagli esiti di accertamenti medici ad imaging.

Sono esclusi dalla copertura:

- la chirurgia a qualsiasi ramo dell'aorta toracica o addominale (compresi gli innesti di bypass aortoiliaco o aortofemorale);

- la chirurgia dell'aorta correlata a disturbi ereditari del tessuto connettivo (ad es. Sindrome di Marfan, sindrome di Ehlers-Danlos);
- l'intervento chirurgico a seguito di lesione traumatica dell'aorta.

11. Sclerosi multipla - con conseguenti sintomi permanenti

Diagnosi definitiva di sclerosi multipla, che deve essere confermata da un consulente Neurologo e supportata da tutti i seguenti criteri:

- Attuale compromissione clinica della funzione motoria o sensoriale, che deve essere persistita per un periodo continuativo di almeno 6 mesi;
- Risonanza Magnetica per Immagini (MRI) che evidenzia almeno due lesioni di demielinizzazione, nel cervello o nel midollo spinale, caratteristiche della sclerosi multipla.

Dalla copertura sono esclusi:

- Possibile sclerosi multipla e sindromi neurologicamente o radiologicamente isolate suggestive ma non diagnostiche della sclerosi multipla;
- Neurite ottica isolata e neuromielite ottica.

12. Malattia del Motoneurone - con conseguente perdita permanente delle capacità fisiche

La diagnosi definitiva di una delle seguenti malattie del motoneurone:

- Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA o Malattia di Lou Gehring);
- Sclerosi Primaria Laterale (SLP);
- Atrofia Muscolare Progressiva (PMA);
- Paralisi Bulbare Progressiva (PBP).

La malattia deve comportare una totale incapacità di svolgere, da soli, almeno 3 attività su 6 della vita quotidiana per un periodo continuativo di almeno 3 mesi senza alcuna ragionevole possibilità di recupero.

Le attività della vita quotidiana (ADL) sono:

- Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia (incluso entrare e uscire dalla vasca da bagno o dalla doccia) o lavarsi in modo soddisfacente con altri mezzi.
- Vestirsi e svestirsi - la capacità di indossare, togliere, allacciare e slacciare tutti gli indumenti e, se necessario, eventuali tutori, arti artificiali o altri strumenti apparecchi chirurgici.
- Nutrirsi - la capacità di nutrirsi quando il cibo è stato preparato e reso disponibile.
- Mantenimento dell'igiene personale - la capacità di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale utilizzando il bagno o altrimenti controllando le funzioni dell'intestino e della vescica.
- Muoversi tra le stanze: la capacità di spostarsi da una stanza all'altra su un pavimento piano.
- Entrare e uscire dal letto: la capacità di sposarsi dal letto su una sedia o sedia a rotelle e tornare indietro.

La diagnosi deve essere confermata da un Consulente Neurologo e supportata da studi sulla conduzione nervosa (NCS) ed elettromiografia (EMG).

Dalla copertura sono escluse:

- Neuropatia motoria multifocale (MMN) e miosite da corpi inclusi;
- Sindrome post-polio;
- Atrofia muscolare spinale;
- Polimiosite e dermatomiosite.

Si intende per "Deficit neurologico", dove menzionato nelle definizioni sopra riportate:

Sintomi di disfunzioni nel sistema nervoso presenti negli esami clinici. I sintomi che rientrano nella copertura includono intorpidimento, iperestesia (aumento della sensibilità), paralisi, debolezza localizzata, disartria (difficoltà con la parola), afasia (incapacità di parlare), disfagia (difficoltà a deglutire), disturbi visivi, difficoltà a camminare, mancanza di coordinazione, tremore, convulsioni, letargia, demenza, delirio e coma.

In relazione a tale definizione, non rientrano nella copertura:

- L'anomalia rilevata da TC o Risonanza Magnetica o altre tecniche di imaging in assenza di sintomi clinici correlati;
- Segni neurologici che si verificano senza anomalia sintomatica, ad es. riflessi vivaci senza altri sintomi;
- Sintomi di origine psicologica o psichiatrica.

SEZIONE 2

ESCLUSIONI, CARENZE, OPERATIVITA' E CESSAZIONE

Art. 7 ESCLUSIONI E CARENZE

A) ESCLUSIONI

Non sono assicurabili coloro che risultassero già affetti dalle specifiche malattie o situazioni sanitarie oggetto della presente garanzia, a causa di affezioni o incidenti verificatisi in data precedente l'ingresso in assicurazione. Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di "malattia grave" derivanti direttamente, indirettamente da:

- dolo del Contraente o dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all'Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o stato di incapacità di intendere o volere da esso procurato;
- tentativi di suicidio e loro conseguenze;
- malattie intenzionalmente procurate,
- Patologie nervose o mentali non riconducibili ad una causa organica (es. depressione, psicosi, schizofrenia, ecc.);
- abuso di alcol, abuso o uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- 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;
- pratiche di sport pericolosi, non dichiarate come praticate al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio. Sarà possibile estendere la copertura qualora lo sport pericoloso sia praticato successivamente alla sottoscrizione della polizza, se prontamente segnalato e accettato dalla Compagnia e previa corresponsione del relativo sovrappremio.
- Sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;

Nei casi sopra elencati non è prevista alcuna prestazione da parte della Compagnia.

B) CONDIZIONI DI CARENZA

Qualora l'insorgenza della malattia grave dell'Assicurato avvenga entro i primi 90 giorni dalla conclusione del contratto, e lo stesso sia in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà - in luogo del capitale assicurato - una somma pari all'ammontare dei premi versati come definito all'Art. 2 "Premio".

Art. 8 PERIODO DI QUALIFICAZIONE

La prestazione in forma di capitale verrà corrisposta con la stabilizzazione dello stato di salute, dopo che siano trascorsi 30 giorni (periodo di qualificazione) a partire dalla prima diagnosi medica che certifica l'insorgenza della "malattia grave".

Una volta accertata e riconosciuta la "malattia grave" e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il suddetto periodo di qualificazione, la Compagnia corrisponde il capitale assicurato.

Art. 9 CESSAZIONE DELLA GARANZIA

La garanzia si estingue:

- in caso di insorgenza della "malattia grave" dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, con il conseguente pagamento della prestazione assicurata. Il pagamento della somma assicurata comporta che nulla sarà più dovuto dalla Compagnia in caso di diagnosi di una seconda malattia grave;
- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia;
- in caso sia stato già riconosciuto lo stato di malattia terminale (Terminal Illness) con conseguente liquidazione del capitale in caso di decesso previsto dal contratto;
- alla scadenza del contratto. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia;
- in caso di mancato pagamento del premio annuo. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia;

SEZIONE 3

COSTI

Art. 10 COSTI

Costi gravanti sul premio corrisposto per la presente garanzia.

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo. Oltre ai costi descritti all'Art.5 "Costi" delle Condizioni Generali di Contratto, sono previsti i seguenti costi:

Tabella A

Garanzia	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
	Costi in percentuale
Malattie Gravi Anticipativa	11% del premio annuo al netto del costo fisso

Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

SEZIONE 4

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 11 DOCUMENTAZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE

In caso di denuncia e accertamento della malattia grave:

La Compagnia si impegna ad accertare l'insorgenza della "malattia grave" dell'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricezione della denuncia.

- La denuncia del verificarsi della "malattia grave", redatta in forma scritta dall'Assicurato o altre persone in sua vece, andrà accompagnata dai documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato e in particolare dal certificato del medico curante o del medico ospedaliero, che attesti l'insorgenza delle malattie o delle particolari situazioni sanitarie oggetto della garanzia, indicante la data della sua sopravvenienza e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.
- La Compagnia potrà accertare la diagnosi di "malattia grave" dell'Assicurato anche tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere tutti gli esami clinici che riterrà necessari all'accertamento stesso.
- Una volta accertato e riconosciuto l'insorgenza della "malattia grave" e quindi il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il periodo di qualificazione di cui all'Art. 8 "Periodo di qualificazione", la Compagnia corrisponde il capitale assicurato.
- Nel caso in cui la Compagnia accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari all'erogazione del capitale, il Contraente sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato e relative a premi scaduti successivamente alla denuncia.

Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari al verificarsi dell'evento assicurato, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, cartelle cliniche, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica del beneficiario, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

La liquidazione dei sinistri verrà effettuata dalla Compagnia entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, salvo quanto previsto dall'art. 8 "Periodo di qualificazione". Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

SEZIONE 5

BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Art. 12 BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Il Beneficiario della prestazione erogata dalla Compagnia per la presente garanzia è l'Assicurato stesso.

GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA CON RENDITA TEMPORANEA

LE NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA

In questa sezione vengono indicate le norme che regolano la garanzia Non Autosufficienza con rendita temporanea.

SEZIONE 1

OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 1 PRESTAZIONE

La presente garanzia prevede, nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non-autosufficienza come descritto al successivo Art. 6 "Definizione dello stato di non autosufficienza", la corresponsione all'Assicurato di una rendita mensile posticipata, ai sensi dell'art. 8.1 "Periodo di qualificazione" pagabile per 36 mensilità e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

La garanzia potrà essere selezionata previo preventivo accertamento dello stato di salute dell'Assicurato attraverso la compilazione e sottoscrizione di un questionario sanitario.

E' comunque prevista una limitazione della garanzia, denominata periodo di carenza, come specificato al successivo Art. 8 "Esclusioni e carenze".

Il rischio di non-autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 8 "Esclusioni e carenze", senza limiti territoriali e fatti salvi gli effetti sul contratto previsti dall'art. 1926 cod. civ. in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione.

Art. 2 PREMIO

Il premio annuo viene determinato nel suo ammontare al momento della stipulazione del contratto assicurativo in relazione all'età alla sottoscrizione dell'Assicurato, alla rendita mensile scelta, allo stato di salute e alla durata del contratto.

Il premio, comprensivo dei costi indicati al successivo Art. 10 "Costi" è da corrispondere fino alla scadenza contrattuale, sempre che l'Assicurato sia in vita.

Nel momento in cui si verifica lo stato di non-autosufficienza e una volta riconosciuto il diritto alla prestazione da parte della Compagnia, il pagamento del premio relativo alla presente garanzia viene sospeso. Il Contraente potrà quindi sospendere il versamento dei premi solo dopo aver ricevuto idonea comunicazione da parte della Compagnia, che rimborserà i premi eventualmente già corrisposti ma non dovuti.

Nel momento in cui si verifica lo stato di non-autosufficienza e una volta riconosciuto il diritto alla prestazione da parte della Compagnia, il Contraente dovrà comunque continuare a corrispondere i premi relativi alle eventuali ulteriori garanzie selezionate alla sottoscrizione.

Per quanto riguarda la possibilità di frazionamento e le modalità di pagamento, si faccia riferimento

all'Art. 4 "Premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione.**Art. 2.1 - Rivedibilità del premio annuo.**

Trascorsi 5 anni dalla data di decorrenza del contratto, la Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi demografiche 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 le annualità assicurative successive.

Il Contraente potrà comunque richiedere le basi demografiche 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 la modifica dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta, con effetto dalla ricorrenza annuale, di un importo pari alla differenza tra la prestazione precedentemente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

Art. 3 RENDITA ASSICURATA

All'insorgere dello stato di non-autosufficienza e trascorso il periodo di qualificazione di cui all'Art. 8.1 "Periodo di qualificazione", la Compagnia corrisponderà l'erogazione di una rendita mensile posticipata per 36 mensilità e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato il cui valore viene prescelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto.

Il Contraente definisce l'importo di rendita mensile desiderato, di importo minimo pari a 500,00 Euro e massimo pari a 2.000,00 Euro, come indicato nel modulo di proposta. Il taglio della rendita mensile prescelta dovrà essere multiplo di 100,00 Euro.

Il limite massimo di cui sopra è da intendersi come massimale cumulativo per tutte le coperture assicurative della medesima tipologia di cui al presente contratto che l'Assicurato avesse contemporaneamente in corso con la Compagnia.

Tale rendita verrà erogata fintantoché l'Assicurato si trovi nello stato di non-autosufficienza come descritto al successivo Art. 6 "Definizione dello stato di non autosufficienza", con un massimo di 36 mensilità e comunque non oltre il decesso dello stesso.

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia.

La prestazione di rendita verrà corrisposta, se perdura lo stato di non-autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di qualificazione) a partire dalla data di denuncia dello stato di non-autosufficienza. Qualora gli accertamenti per lo stato di non-autosufficienza necessitino 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 qualificazione, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata.

Decorsi 180 giorni sono dovuti, a favore dell'Assicurato, gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

La presente garanzia non prevede la possibilità di riscatto.

Nel caso di liquidazione all'Assicurato della prestazione relativa alla garanzia Non Autosufficienza con rendita temporanea, cessa la seguente garanzia per la quale il premio non è più dovuto:

1. la garanzia di assistenza relativa alla garanzia Non Autosufficienza con rendita temporanea;

restano in vigore le seguenti garanzie:

1. la garanzia Malattie Gravi e la rispettiva garanzia di assistenza abbinata, a fronte del pagamento del premio che dovrà essere corrisposto dal Contraente alle scadenze pattuite;
2. la garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante o la garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati sull'Assicurato e la rispettiva garanzia di assistenza abbinata, a fronte del pagamento del premio che dovrà essere corrisposto dal

- Contraente alle scadenze pattuite;**
- 3. le Garanzie facoltative (Instant Benefit e/o Complementari Infortuni), a fronte del pagamento del premio che dovrà essere corrisposto dal Contraente alle scadenze pattuite.**

Art. 4 REQUISITI SOGGETTIVI

4.1 Persone assicurabili.

L'età dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non può essere inferiore a 18 anni, né superiore a 60 anni.

4.2 Persone non assicurabili.

Non sono assicurabili le persone che, alla sottoscrizione del contratto, hanno un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 60 anni e sei mesi, nonché le persone che alla scadenza del contratto hanno un'età pari o superiore a 65 anni e sei mesi.

Art. 5 DURATA

Il presente contratto ha una durata minima di 2 anni e massima di 30 anni.

Qualora l'età dell'Assicurato, all'ingresso in assicurazione, sia superiore a 45anni, il contratto potrà essere stipulato per una durata tale da consentire la scadenza contrattuale non oltre il 65° anno di età dell'Assicurato.

SEZIONE 2

DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA, ESCLUSIONI, CARENZE, OPERATIVITA' E CESSAZIONE

Art. 6 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La prestazione per la perdita di autosufficienza viene erogata qualora sia accertato che lo stato di salute dell'Assicurato sia tale da comportare la perdita, presumibilmente permanente e irreversibile, della capacità di svolgere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana sottoelencate.

Ai fini della presente copertura, la necessità di assistenza di una terza persona non sussiste nel momento in cui l'Assicurato sia in grado di svolgere le attività elementari della vita quotidiana con l'aiuto di ausili.

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

Igiene personale (farsi la doccia/bagno):

L'assicurato è in grado di fare il bagno, la doccia e di asciugarsi senza l'assistenza di un'altra persona ma, possibilmente con l'aiuto di ausili. Questo vale anche ed in particolare per la capacità di entrare e uscire dalla vasca/doccia. L'incapacità di raggiungere il bagno non costituisce necessità di assistenza.

Igiene personale (lavarsi):

L'assicurato è in grado di lavarsi parzialmente il corpo (parte superiore o inferiore del corpo), lavarsi i denti, pettinarsi e, se necessario, radersi senza l'assistenza di un'altra persona ma, possibilmente con l'aiuto di ausili. L'assicurato è in grado di provvedere all'igiene intima dopo essere andato alla toilette o durante le mestruazioni senza l'assistenza di un'altra persona ma possibilmente con l'aiuto di ausili. L'incapacità di raggiungere il bagno non costituisce necessità di assistenza.

Continenza:

La necessità di assistenza esiste se l'assicurato è permanentemente incontinente o non può autonomamente svuotare l'intestino o la vescica. La necessità di assistenza esiste anche se l'incontinenza intestinale o vescicale continua, richiede l'uso permanente di cateteri, mutande o assorbenti per incontinenza che l'assicurato non può applicare, cambiare o svuotare / pulire da solo. L'utilizzo di cateteri, mutande o assorbenti per incontinenza che sia meramente dovuto a facilitare il processo di cura non costituisce necessità di assistenza.

Vestirsi e svestirsi:

L'assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi (parte superiore e inferiore del corpo) e, se necessario, di indossare e allacciare un corsetto o una protesi chirurgica senza l'assistenza di un'altra persona ma possibilmente con l'aiuto di ausili.

Mobilità (trasferimento):

L'assicurato è in grado, senza assistenza di un'altra persona ma possibilmente con l'aiuto di ausili, di muoversi all'interno della propria abitazione/residenza su di un solo livello. L'assicurato è in grado di sedersi ed alzarsi, entrare ed uscire dal letto senza assistenza.

Nutrimiento (Mangiare e bere):

L'assicurato è in grado di consumare, senza assistenza, utilizzando posate e recipienti per bere adattabili, pasti e bevande preparati e serviti; per pasti preparati si intende anche che i contenitori sono stati aperti e la frutta sbucciata. La necessità di assistenza esiste anche se il cibo deve essere somministrato attraverso sonde.

Le prestazioni vengono erogate nel caso in cui sia necessaria una supervisione permanente a causa della demenza.

La demenza è caratterizzata da una perdita delle capacità mentali che coinvolge la capacità di pensare, di riconoscere, di memorizzare e di orientarsi.

La diagnosi di demenza deve essere confermata da uno specialista (neurologo) sulla base di un dettagliato rapporto medico che includa un esame fisico e psicopatologico e dei test psicometrici. Almeno un grado di severità pari a 6 (perdita seria della capacità cognitiva) deve essere accertato dal Global Deterioration Scale (GDS 6) ovvero un corrispondente grado di severità di un'altra scala riconosciuta di valutazione delle Demenza. Esami ripetuti possono essere richiesti per confermare la diagnosi.

Art. 7 RIVEDIBILITA' DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

L'incapacità a compiere gli atti della vita quotidiana, come individuati sopra, deve essere presumibilmente permanente.

L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia il recupero di autosufficienza, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo di lettera raccomandata.

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.

Ogni anno l'Assicurato dovrà inviare alla Compagnia un documento che ne attesti l'esistenza in vita.

Inoltre, gli eredi dell'Assicurato dovranno tempestivamente informare la Compagnia dell'intervenuto decesso dell'Assicurato. Le eventuali prestazioni in rendita riconosciute all'Assicurato ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Compagnia.

Art. 8 ESCLUSIONI E CARENZE

A) ESCLUSIONI

Non sono assicurabili coloro che risultassero già affetti dalle specifiche malattie o situazioni sanitarie oggetto della presente garanzia, a causa di affezioni o incidenti verificatisi in data precedente l'ingresso in assicurazione. Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di "malattia grave" derivanti direttamente, indirettamente da:

- **dolo del Contraente o dell'Assicurato;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;**
- **conseguenze di infortuni o malattie preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di**

assicurazione e le conseguenze di situazioni patologiche preesistenti alla data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, qualora già note in tale data all'Assicurato e non già dichiarate in fase assuntiva;

- tentativi di suicidio e loro conseguenze;
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o stato di incapacità di intendere o volere da esso procurato;
- malattie intenzionalmente procurate,
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- Patologie nervose o mentali non riconducibili ad una causa organica (es. depressione, psicosi, schizofrenia, ecc.);
- Sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- Infortunio collegato allo stato di ebrezza.
- abuso di alcol, abuso o uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- 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;
- pratiche di sport pericolosi, non dichiarate come praticate al momento della sottoscrizione della proposta, che comporti una maggiorazione di rischio. Sarà possibile estendere la copertura qualora lo sport pericoloso sia praticato successivamente alla sottoscrizione della polizza, se prontamente segnalato e accettato dalla Compagnia e previa corresponsione del relativo sovrapprezzo.

B) CONDIZIONI DI CARENZA

La garanzia assicurativa in caso di perdita dell'autosufficienza è operante alle seguenti condizioni di carenza:

- stati di non-autosufficienza causati da infortunio: nessuna carenza;
- stati di non-autosufficienza causati da malattia: lo stato di non-autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da 1 anno dalla data di decorrenza del contratto;
- stati di non-autosufficienza per malattie nervose o mentali dovute a causa organica (ad es. Parkinson, Alzheimer): lo stato di non-autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da 3 anni dalla data di decorrenza del contratto.

Qualora la non-autosufficienza dell'Assicurato avvenga entro i periodi di carenza sopra indicati, la Compagnia corrisponderà - in luogo del capitale assicurato - una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto dei costi gravanti sugli stessi.

Art. 8.1 - Periodo di qualificazione.

La prestazione in forma di rendita e in forma di capitale verrà corrisposta se perdura lo stato di non-autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di qualificazione) a partire dalla data di denuncia dello stato di non-autosufficienza.

Qualora durante il periodo di qualificazione si verificasse il decesso dell'assicurato, il contratto si estinguerà e nulla sarà dovuto da parte della Compagnia per la presente garanzia.

Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non-autosufficienza ed il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il suddetto periodo di qualificazione, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata.

Art. 9 CESSAZIONE DELLA GARANZIA

La garanzia si estingue:

- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia;
- alla scadenza del contratto. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia;
- in caso di mancato pagamento del premio annuo. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

SEZIONE 3**COSTI****Art. 10 COSTI**

Costi gravanti sul premio corrisposto per la presente garanzia.

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo. Oltre ai costi descritti all'Art.5 "Costi" delle Condizioni Generali di Contratto, sono previsti i seguenti costi:

Tabella A

Garanzia	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
	Costi in percentuale
Non Autosufficienza con rendita temporanea	11% del premio annuo al netto del costo fisso

SEZIONE 4**COSA FARE IN CASO DI SINISTRO****Art. 11 DOCUMENTAZIONE E MODALITA' DI PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE****Denuncia e accertamento dello stato di non-autosufficienza**

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia.

La denuncia del verificarsi dello stato di non-autosufficienza, redatta in forma scritta dall'Assicurato o altre persone in sua vece, andrà accompagnata dai documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato e in particolare da certificato del medico curante o del medico ospedaliero, che espone lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, indicante la data della sua sopravvenienza e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

La diagnosi di demenza deve essere confermata da uno specialista (neurologo) sulla base di un dettagliato rapporto medico che includa un esame fisico e psicopatologico e dei test psicometrici. In caso di difficoltà di accertamento dello stato di non-autosufficienza, la Compagnia potrà accertare tale stato mediante un proprio medico di fiducia e richiedere, se ritenuti necessari ai fini della valutazione dello stato di non-autosufficienza, ulteriori accertamenti medici e tutta la documentazione sanitaria a disposizione dell'Assicurato.

Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non-autosufficienza quindi il diritto alla prestazione assicurata, e

purché sia decorso il periodo di qualificazione di cui all'Art. 8.1 "Periodo di qualificazione", la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile.

Nel caso in cui la Compagnia accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari all'erogazione della rendita, il Contraente sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato e relative a premi scaduti successivamente alla denuncia.

Per il ricorso ad un'eventuale procedura arbitrale si rimanda al successivo Art. 17 "Foro competente" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Ogni anno l'Assicurato dovrà inoltre inviare alla Compagnia un documento che ne attesti l'esistenza in vita.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

Su richiesta del Contraente e/o dei Beneficiari, la Compagnia si impegna a consegnare gratuitamente copia della polizza, completa di eventuali appendici o di modificazioni della polizza stessa.

La Compagnia, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. verbale 118, cartelle cliniche, visite specialistiche, ecc.), che risulti motivata da particolari esigenze istruttorie, ovvero necessaria per la liquidazione della prestazione e/o per la corretta identificazione dei Beneficiari (a titolo esemplificativo e non esaustivo: discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Oltre alla documentazione di cui sopra, gli aventi diritto dovranno compilare e sottoscrivere il modulo per l'identificazione e adeguata verifica del beneficiario, nonché il modulo per l'informativa in materia di protezione dei dati personali.

Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

Nel caso venga riconosciuto lo stato di non autosufficienza, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 180 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto.

Decorso tale termine la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

SEZIONE 5

BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Art. 11 BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

Il Beneficiario della prestazione erogata dalla Compagnia per la presente garanzia è l'Assicurato stesso.

GARANZIA DI ASSISTENZA

UN SUPPORTO PER LE URGENZE

In questa sezione vengono descritte le prestazioni di assistenza presenti nel modulo acquistato. Vengono inoltre indicate le regole da seguire per poter usufruire di tali prestazioni.

SEZIONE 1

COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI

La Società assicura l'erogazione delle prestazioni di assistenza di seguito elencate per il tramite della Struttura Organizzativa.

Negli articoli seguenti sono descritte le prestazioni relative al Modulo o ai Moduli acquistati ed indicati in polizza.

Art. 1 COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, per poter usufruire delle prestazioni di assistenza, l'Assicurato deve **preventivamente contattare la Struttura Organizzativa** - attiva 24 ore su 24 - che interviene direttamente o ne deve autorizzare esplicitamente l'erogazione ai seguenti recapiti telefonici:

DALL'ITALIA:
800 572 572
(NUMERO VERDE)

DALL'ESTERO:
+39 02 24 128 570

Qualora l'Assicurato fosse impossibilitato a contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa può contattarla tramite l'indirizzo di posta elettronica:

assistenza.gruppocattolica@IMAltaItalia.it

In ogni caso l'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa i seguenti dati:

- codice fiscale dell'Assicurato o numero di contratto;
- motivazione della richiesta / circostanza del rischio;
- tipo di servizio richiesto;

- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa potrà contattarlo nel corso dell'erogazione della prestazione.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

Le prestazioni sono erogate con costi a carico della Società ed entro i massimali eventualmente indicati in ogni singola prestazione. Qualora parte o tutto il costo della prestazione debba essere sostenuto dall'Assicurato, ciò viene esplicitato all'interno dell'articolo relativo a ciascuna singola prestazione.

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato di formalizzare per iscritto la richiesta di assistenza con l'integrazione di ulteriore documentazione da spedire a:

**IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)**

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione; in ogni caso è sempre necessario inviare alla Struttura Organizzativa la documentazione in originale (non in fotocopia) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese effettivamente sostenute.

Eventuali richieste di rimborso delle spese effettivamente sostenute, a condizione che:

- siano state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa o
- siano state organizzate senza possibilità di preventivo contatto da parte dell'Assicurato con la Struttura Organizzativa a seguito di causa di forza maggiore;

devono essere inoltrate, corredate dai relativi giustificativi delle spese effettivamente sostenute, a:

**IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)**

oppure tramite posta elettronica all'indirizzo: rimborso.gruppocattolica@IMAItalia.it

La Struttura Organizzativa liquida entro 60 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa.

SEZIONE 2

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

Art. 2 EFFETTI GIURIDICI

1. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.
2. La Struttura Organizzativa non si assume responsabilità per i danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.
3. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di 2 anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del codice civile.
4. In presenza di altre assicurazioni con altra o altre Società di assicurazione o di servizi che prevedono prestazioni analoghe, e nel caso in cui l'altra o le altre Società si siano già attivate, le prestazioni qui garantite, fermi i limiti previsti, si intendono operanti per gli eventuali maggiori costi sostenuti dall'Assicurato e non corrisposti dall'altra Società.
5. Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
6. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa.
7. La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

SEZIONE 3

COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

Art. 3 ESCLUSIONI

SONO ESCLUSI DALLE PRESTAZIONI I SINISTRI CAUSATI O DIPENDENTI DAI CASI SOTTO INDICATI

1. **dolo dell'Assicurato;**
2. malattie e infortuni conseguenti e derivanti da **abuso di alcolici o psicofarmaci**, nonché dall'**uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni**;
3. **patologie nervose o mentali non riconducibili ad una causa organica (es. depressione, psicosi, schizofrenia, ecc.), malattie nervose e mentali insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzia assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso assicurato, nel corso del precedente contratto;**
4. le **malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26[°] settimana** di gestazione e dal puerperio;
5. **suicidio o tentato suicidio;**
6. **infortuni avvenuti anteriormente** la data di decorrenza della copertura;
7. **infortuni** derivanti dallo svolgimento delle **seguenti attività**: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
8. **espianto e/o trapianto di organi;**
9. **ricerca o soccorso in mare, montagna, deserto;**
10. **guerra, terremoti, fenomeni atmosferici** aventi caratteristiche di **calamità naturale**, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
11. **scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari**, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
12. nei paesi in cui sia in vigore lo **stato di guerra, dichiarata o di fatto.**

MODULO PER GARANZIA TCM A CAPITALE COSTANTE E PREMIO ANNUO COSTANTE

COSA È ASSICURATO

Art. 1 INFORMAZIONI PER ADEMPIMENTI BUROCRATICI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta:

- dei beneficiari indicati in polizza a seguito di decesso dell'Assicurato o qualora lo stesso non sia in grado di prendere contatto con la Struttura Organizzativa
- dell'Assicurato in condizioni di imminente pericolo di vita
- dell'Assicurato a cui viene certificata la "Terminal Illness"

fornisce indicazioni e chiarimenti in merito a:

- volontà testamentarie;
- dichiarazione successoria;
- trattamento pensionistico;
- cessazione o voltura intestazione utenze (acqua, luce, gas, telefono, telefonini, etc.);
- cessazione o voltura tassa rifiuti, canone RAI;
- cessazione o voltura intestazione rapporti bancari o postali;
- gestione rapporti assicurativi (compresa RC Auto);
- voltura veicoli;
- gestione armi da fuoco;
- restituzione documenti di identità (carta di identità, patente, passaporto)
- detrazioni d'imposta in merito a spese funerarie.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. 2 CONSULENZA PSICOLOGICA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta:

- dei beneficiari indicati in polizza a seguito di decesso dell'Assicurato o qualora lo stesso non sia in grado di prendere contatto con la Struttura Organizzativa
- dell'Assicurato in condizioni di imminente pericolo di vita
- dell'Assicurato a cui viene certificata la "Terminal Illness"

provvede all'organizzazione di un consulto telefonico psicologico con un professionista.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. 3 ASSISTENZA PRESSO ISTITUTI DI CURA (VEGLIE)

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, ricoverato in Istituto di Cura in condizione di imminente pericolo di vita, o dei beneficiari indicati in polizza qualora l'Assicurato sia impossibilitato a prendere contatto con la Struttura Organizzativa, che ha bisogno di assistenza durante la degenza, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, reperisce ed invia, nel minor tempo possibile e compatibilmente con le oggettive situazioni territoriali locali, un operatore sociosanitario.

Massimale	500 euro per annualità assicurativa
Erogabilità	1 volta per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 4 COLLEGAMENTO CONTINUO CON ISTITUTO DI CURA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, ricoverato in Istituto di Cura ed in condizione di imminente pericolo di vita, o dei beneficiari indicati in polizza qualora l'Assicurato sia impossibilitato a prendere contatto con la Struttura Organizzativa, predispone un collegamento telefonico tra i medici dell'Istituto di Cura ed i medici della Struttura Organizzativa per fornire informazioni cliniche costanti alla famiglia dell'Assicurato.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 5 RIENTRO AL DOMICILIO CON AMBULANZA POST DIMISSIONE DALL'ISTITUTO DI CURA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimissionario dal ricovero in Istituto di Cura ed in condizione di imminente pericolo di vita e, o dei beneficiari indicati in polizza qualora l'Assicurato sia impossibilitato a prendere contatto con la Struttura Organizzativa, accertata l'oggettiva trasportabilità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, ne predispone il trasferimento verso il domicilio tramite autoambulanza.

Massimale	300 km per sinistro considerando il tragitto Istituto di Cura - domicilio dell'Assicurato andata e ritorno
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 6 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

I servizi di seguito elencati sono attivabili qualora l'Assicurato abbia subito un ricovero in Istituto di Cura, a seguito di infortunio o malattia, di almeno:

- **8 giorni se con intervento chirurgico;**
- **12 giorni se senza intervento chirurgico;**

e si trovi in condizione di imminente pericolo di vita. I servizi possono essere attivati anche dai beneficiari indicati in polizza qualora l'Assicurato sia impossibilitato a prendere contatto con la Struttura Organizzativa.

Le modalità per usufruire delle prestazioni vengono definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato o i beneficiari indicati in polizza e il medico curante.

1. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

La Struttura Organizzativa gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico.

2. PRESTAZIONI PROFESSIONALI

In caso di necessità la Struttura Organizzativa invia al domicilio dell'Assicurato del personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale).

3. SERVIZI SANITARI

Se l'Assicurato ha bisogno di eseguire presso il proprio domicilio prelievi di sangue, ecografie, esami radiografici e altri accertamenti diagnostici eseguibili a domicilio e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa predispone i servizi richiesti.

4. SERVIZI NON SANITARI

Se l'Assicurato ha bisogno di sbrigare faccende relative alla vita familiare quotidiana quali ad esempio: pagamento di bollettini postali, acquisto di generi di prima necessità, disbrigo di incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori; la Struttura Organizzativa predispone i servizi richiesti.

VALIDO PER I SERVIZI INDICATI AI PUNTI 1. 2. 3. 4.

Massimale	30 giorni dopo le dimissioni dall'Istituto di Cura
Erogabilità	Ogni singolo servizio è erogabile 1 volta per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'operatore sanitario con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. 7 RIENTRO SALMA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa trasporta la salma dell'Assicurato deceduto dal luogo in cui è avvenuto il decesso fino al luogo di sepoltura in Italia facendo fede la residenza dell'Assicurato.

La Società tiene a proprio carico:

- le spese del feretro sufficiente per il trasporto;
- il costo del trasporto della salma;
- le eventuali spese di recupero della salma con le limitazioni indicate.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre.

Massimale	7.500 euro per sinistro anche se coinvolti più assicurati SPESE DI RECUPERO DELLA SALMA: sotto-massimale di 1.000 euro
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO con esclusione della regione italiana di residenza dell'Assicurato
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 8 INVIO GUARDIA GIURATA AL DOMICILIO DURANTE LA CELEBRAZIONE DELLE ESEQUIE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dei beneficiari indicati in polizza, a seguito del decesso dell'Assicurato, invia una guardia giurata presso il loro domicilio per tutto il tempo necessario alla celebrazione delle esequie del defunto.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

MODULO PER GARANZIA TCM A CAPITALE COSTANTE E PREMIO ANNUO COSTANTE SU DUE ASSICURATI

COSA È ASSICURATO

Art. 1 INFORMAZIONI PER ADEMPIMENTI BUROCRATICI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta:

- dei beneficiari indicati in polizza a seguito di decesso dell'Assicurato o qualora lo stesso non sia in grado di prendere contatto con la Struttura Organizzativa
- dell'Assicurato in condizioni di imminente pericolo di vita
- dell'Assicurato a cui viene certificata la "Terminal Illness"

fornisce indicazioni e chiarimenti in merito a:

- volontà testamentarie;
- dichiarazione successoria;
- trattamento pensionistico;
- cessazione o voltura intestazione utenze (acqua, luce, gas, telefono, telefonini, etc.);
- cessazione o voltura tassa rifiuti, canone RAI;
- cessazione o voltura intestazione rapporti bancari o postali;
- gestione rapporti assicurativi (compresa RC Auto);
- voltura veicoli;
- gestione armi da fuoco;
- restituzione documenti di identità (carta di identità, patente, passaporto)
- detrazioni d'imposta in merito a spese funerarie.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. 2 CONSULENZA PSICOLOGICA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta:

- dei beneficiari indicati in polizza a seguito di decesso dell'Assicurato o qualora lo stesso non sia in grado di prendere contatto con la Struttura Organizzativa
- dell'Assicurato in condizioni di imminente pericolo di vita
- dell'Assicurato a cui viene certificata la "Terminal Illness"

provvede all'organizzazione di un consulto telefonico psicologico con un professionista.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. 3 ASSISTENZA PRESSO ISTITUTI DI CURA (VEGLIE)

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, ricoverato in Istituto di Cura in condizione di imminente pericolo di vita, o dei beneficiari indicati in polizza qualora l'Assicurato sia impossibilitato a prendere contatto con la Struttura Organizzativa, che ha bisogno di assistenza durante la degenza, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, reperisce ed invia, nel minor tempo possibile e compatibilmente con le oggettive situazioni territoriali locali, un operatore sociosanitario.

Massimale	500 euro per annualità assicurativa
Erogabilità	1 volta per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 4 COLLEGAMENTO CONTINUO CON ISTITUTO DI CURA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, ricoverato in Istituto di Cura ed in condizione di imminente pericolo di vita, o dei beneficiari indicati in polizza qualora l'Assicurato sia impossibilitato a prendere contatto con la Struttura Organizzativa, predispone un collegamento telefonico tra i medici dell'Istituto di Cura ed i medici della Struttura Organizzativa per fornire informazioni cliniche costanti alla famiglia dell'Assicurato.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 5 RIENTRO AL DOMICILIO CON AMBULANZA POST DIMISSIONE DALL'ISTITUTO DI CURA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimissionario dal ricovero in Istituto di Cura ed in condizione di imminente pericolo di vita e, o dei beneficiari indicati in polizza qualora l'Assicurato sia impossibilitato a prendere contatto con la Struttura Organizzativa, accertata l'oggettiva trasportabilità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, ne predispone il trasferimento verso il domicilio tramite autoambulanza.

Massimale	300 km per sinistro considerando il tragitto Istituto di Cura - domicilio dell'Assicurato andata e ritorno
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 6 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

I servizi di seguito elencati sono attivabili qualora l'Assicurato abbia subito un ricovero in Istituto di Cura, a seguito di infortunio o malattia, di almeno:

- **8 giorni se con intervento chirurgico;**
- **12 giorni se senza intervento chirurgico;**

e si trovi in condizione di imminente pericolo di vita. I servizi possono essere attivati anche dai beneficiari indicati in polizza qualora l'Assicurato sia impossibilitato a prendere contatto con la Struttura Organizzativa.

Le modalità per usufruirne delle prestazioni vengono definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato o i beneficiari indicati in polizza e il medico curante.

1. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

La Struttura Organizzativa gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico.

2. PRESTAZIONI PROFESSIONALI

In caso di necessità la Struttura Organizzativa invia al domicilio dell'Assicurato del personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisioterapista, operatore assistenziale).

3. SERVIZI SANITARI

Se l'Assicurato ha bisogno di eseguire presso il proprio domicilio prelievi di sangue, ecografie, esami radiografici e altri accertamenti diagnostici eseguibili a domicilio e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa predispone i servizi richiesti.

4. SERVIZI NON SANITARI

Se l'Assicurato ha bisogno di sbrigare faccende relative alla vita familiare quotidiana quali ad esempio: pagamento di bollettini postali, acquisto di generi di prima necessità, disbrigo di incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori; la Struttura Organizzativa predispone i servizi richiesti.

VALIDO PER I SERVIZI INDICATI AI PUNTI 1. 2. 3. 4.

Massimale	30 giorni dopo le dimissioni dall'Istituto di Cura
Erogabilità	Ogni singolo servizio è erogabile 1 volta per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'operatore sanitario con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. 7 RIENTRO SALMA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa trasporta la salma dell'Assicurato deceduto dal luogo in cui è avvenuto il decesso fino al luogo di sepoltura in Italia facendo fede la residenza dell'Assicurato.

La Società tiene a proprio carico:

- le spese del feretro sufficiente per il trasporto;
- il costo del trasporto della salma;
- le eventuali spese di recupero della salma con le limitazioni indicate.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre.

Massimale	7.500 euro per sinistro anche se coinvolti più assicurati SPESE DI RECUPERO DELLA SALMA: sotto-massimale di 1.000 euro
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO con esclusione della regione italiana di residenza dell'Assicurato
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 8 INVIO GUARDIA GIURATA AL DOMICILIO DURANTE LA CELEBRAZIONE DELLE ESEQUIE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dei beneficiari indicati in polizza, a seguito del decesso dell'Assicurato, invia una guardia giurata presso il loro domicilio per tutto il tempo necessario alla celebrazione delle esequie del defunto.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

MODULO PER GARANZIA MALATTIE GRAVI

COSA È ASSICURATO

Art. 1 CONSULENZA MEDICA SPECIALISTICA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, colpito da una Malattia Grave indennizzabile a termini di polizza, che ha necessità di consigli medici specialistici e non riesce a reperire il proprio medico specialista di fiducia (cardiologo, psicologo, oncologo, neurologo, nefrologo, endocrinologo), predispone un consulto telefonico con un medico specialista convenzionato.

Qualora il medico specialista non fosse immediatamente reperibile, l'Assicurato viene ricontattato entro le successive 8 ore lavorative.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

NOTA BENE:

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

La prestazione non si sostituisce ad una visita medica specialistica e non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

Art. 2 MEDICAL SECOND OPINION

1. ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, colpito da una Malattia Grave indennizzabile a termini di polizza, fornisce un *medical second opinion* (secondo parere medico) relativo alla malattia diagnosticata o ad una rivalutazione dello stato di salute.

L'Assicurato, colpito da infortunio o malattia diagnosticati o trattati terapeuticamente può contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Per beneficiare della prestazione, l'Assicurato o il medico curante devono:

- spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il caso clinico;
- compilare il questionario che viene fornito;
- mettere a disposizione la documentazione medica completa (biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica) che sia necessaria per valutare il caso.

La Struttura Organizzativa:

- procede alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica utile traducendola, ove necessario, in lingua inglese;
- effettua la seconda opinione medica mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nel quadro clinico o nella malattia dell'Assicurato.

Il servizio viene effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'Assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito che deve essere fornita alla Struttura Organizzativa dall'Assicurato o dal suo medico di fiducia.

La risposta del secondo parere medico, in forma scritta, sarà trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato, o al suo medico di fiducia normalmente in 15 giorni lavorativi, e comunque al massimo entro 40 giorni lavorativi.

2. TELE/VIDEO CONFERENZA CON CENTRO MEDICO INTERNAZIONALE

Entro 10 giorni dalla data di ricevimento del secondo parere medico è facoltà dell'Assicurato richiedere alla Struttura Organizzativa l'organizzazione di una tele/video conferenza alla presenza del Direttore Medico della Struttura Organizzativa, eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del centro medico internazionale di riferimento che ha redatto il secondo parere medico.

La Società, qualora necessario, tiene a proprio carico il costo del trasferimento in:

- aereo (classe economica); o
- ferroviario (prima classe);

di andata e ritorno, per raggiungere la sede della Struttura Organizzativa a favore dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante, ...).

Massimale	800 euro per durata contrattuale
Erogabilità	3 volte per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

3. CURE MEDICHE E/O OSPEDALIERE NEGLI U.S.A.

Qualora l'Assicurato decida di sottoporsi alle cure mediche e/o ospedaliere negli United States of America (U.S.A.) consigliate nel secondo parere medico, coerenti con il quadro clinico corrispondente alla patologia sofferta, la Struttura organizzativa presta i seguenti servizi:

- consulenza nella selezione delle strutture ospedaliere e dei medici in U.S.A. per il trattamento adeguato del caso tra quelle comprese nella rete ospedaliera convenzionata con la Struttura Organizzativa;
- consulenza e supporto per le pratiche di ingresso ed accettazione nella struttura ospedaliera scelta dall'Assicurato;
- prenotazione di visite mediche con i medici operanti presso le strutture ospedaliere scelte dall'Assicurato in U.S.A.;
- prima della partenza per gli U.S.A. la Struttura Organizzativa fornisce all'Assicurato i preventivi e la stima dei costi relativi al ricovero ed agli onorari medici corrispondenti alle cure mediche che l'Assicurato riceve durante il periodo di degenza/terapia in U.S.A.;
- qualora lo stato di salute dell'Assicurato lo richieda coordinamento del trasferimento con aereo sanitario fino agli U.S.A. o terrestre con autoambulanza negli U.S.A.;
- gestione della prenotazione dei viaggi aerei e del pernotto presso struttura alberghiera a favore dell'Assicurato e dei famigliari che lo accompagnano in U.S.A.;
- coordinamento dell'accoglienza dell'Assicurato e dei famigliari che lo accompagnano nell'aeroporto di arrivo in U.S.A. e successivo trasferimento al luogo di pernotto, se il viaggio è finalizzato a ricevere, da parte dell'Assicurato, i trattamenti ospedalieri consigliati nel secondo parere medico fornito;
- a partire dall'ingresso dell'Assicurato nella struttura ospedaliera scelta, la Struttura Organizzativa fornisce, qualora ce ne sia la necessità, l'accesso ai servizi di interpreti qualificati per facilitare l'erogazione delle cure mediche negli U.S.A.;
- coordinamento delle cure nell'ospedale scelto dall'Assicurato e degli appuntamenti con il medico specialista;
- revisione, controllo e analisi delle corrispondenti fatture e verifica delle voci definite come "usuali e solite" nel corso del trattamento terapeutico a favore dell'Assicurato;
- auditing completo delle voci e delle spese inserite nelle fatture, relazionate con le cure mediche ricevute dall'Assicurato;
- conseguimento di eventuali sconti, sui costi dei servizi medici e ospedalieri in virtù di convenzioni tra i centri specialistici in U.S.A. e la Struttura Organizzativa.

Tutte le spese mediche inerenti il periodo di ricovero/degenza, così come tutte le spese di trasporto e pernottamento rimangono a carico dell'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 3 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO MEDICO ATTREZZATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da una Malattia Grave indennizzabile a termini di polizza che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, si occupa di:

- 1) individuare e prenotare l'Istituto di Cura italiano o estero maggiormente attrezzato - tenuto conto della disponibilità - per la patologia di cui soffre l'Assicurato;
- 2) organizzare il trasporto dell'Assicurato, compatibilmente alle sue condizioni sanitarie, verso l'Istituto di Cura italiano o estero individuato con il mezzo più idoneo tra quelli di seguito elencati:
 - aereo sanitario limitatamente al trasferimento verso paesi dell'Europa e del bacino del Mediterraneo che non si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
 - aereo di linea in classe economica eventualmente in barella;
 - treno in prima classe e qualora ce ne sia necessità in vagone letto;
 - autoambulanza senza limiti di chilometraggio;
- 3) ove necessario assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 4 ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da una Malattia Grave indennizzabile a termini di polizza che necessita di essere assistito da un infermiere nelle due settimane successive alla dimissione da un Istituto di Cura, provvede al suo reperimento e all'invio.

Massimale	500 euro per annualità assicurativa
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissione emesso dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero di durata superiore a 2 giorni continuativi

ART. 5 ASSISTENZA FISIOTERAPICA A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da Malattia Grave indennizzabile a termini di polizza e dopo averne accertata l'effettiva necessità secondo il parere del medico della Struttura Organizzativa, invia al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista.

Massimale	300 euro per sinistro
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. 6 CONSEGNA FARMACI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da una Malattia Grave indennizzabile a termini di polizza, ricerca e consegna farmaci commercializzati in Italia presso il domicilio dell'Assicurato secondo quanto indicato da prescrizione medica.

I costi di acquisto dei medicinali rimangono a carico dell'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 7 ORGANIZZAZIONE TRASFERIMENTO / SOGGIORNO PER TERAPIA FUORI SEDE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da una Malattia Grave indennizzabile a termini di polizza, che comporti il doversi sottoporre:

- ad un grande intervento chirurgico o
- a cicli di terapie o
- a cicli di riabilitazione

presso un Istituto di Cura situato fuori dalla provincia di residenza, organizza a tariffe convenzionate, anche per l'eventuale accompagnatore designato dall'Assicurato:

- il trasferimento presso la città dove è situato l'Istituto di Cura scelto con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- il pernottamento, ove possibile, in zona limitrofa all'Istituto di Cura;
- i trasferimenti dal luogo di pernottamento all'Istituto di Cura e viceversa con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- il rientro presso il domicilio al termine del periodo di cura.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di trasporto e soggiorno.

Erogabilità	Entro 1 anno dalla diagnosi della Malattia Grave
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. 8 RICERCA E PRENOTAZIONE CENTRI SPECIALISTICI E DIAGNOSTICI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da una Grave Malattia indennizzabile a termini di polizza, che ha necessità di sottoporsi a:

- visite specialistiche; e/o
- accertamenti diagnostici; e/o
- analisi ematochimiche;

sentito il medico curante e tenuto conto delle disponibilità territoriali locali, individua e prenota la visita presso lo specialista e/o il centro diagnostico e/o il centro di analisi ematochimiche in accordo con le esigenze dell'Assicurato.

Il costo della visita specialista o diagnostica rimane a carico dell'Assicurato.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. 9 COLLEGAMENTO CONTINUO CON ISTITUTO DI CURA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, ricoverato in Istituto di Cura colpito da una Grave Malattia indennizzabile a termini di polizza, o dei beneficiari indicati in polizza qualora l'Assicurato sia impossibilitato a prendere contatto con la Struttura Organizzativa, predispone un collegamento telefonico tra i medici dell'Istituto di Cura ed i medici della Struttura Organizzativa per fornire informazioni cliniche costanti alla famiglia dell'Assicurato.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

MODULO PER GARANZIA MALATTIE GRAVI ANTICIPATIVA

COSA È ASSICURATO

Art. 1 CONSULENZA MEDICA SPECIALISTICA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, colpito da una Malattia Grave indennizzabile a termini di polizza, che ha necessità di consigli medici specialistici e non riesce a reperire il proprio medico specialista di fiducia (cardiologo, psicologo, oncologo, neurologo, nefrologo, endocrinologo), predispone un consulto telefonico con un medico specialista convenzionato.

Qualora il medico specialista non fosse immediatamente reperibile, l'Assicurato viene ricontattato entro le successive 8 ore lavorative.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

NOTA BENE:

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

La prestazione non si sostituisce ad una visita medica specialistica e non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

Art. 2 MEDICAL SECOND OPINION

1. ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, colpito da una Malattia Grave indennizzabile a termini di polizza, fornisce un *medical second opinion* (secondo parere medico) relativo alla malattia diagnosticata o ad una rivalutazione dello stato di salute.

L'Assicurato, colpito da infortunio o malattia diagnosticati o trattati terapeuticamente può contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Per beneficiare della prestazione, l'Assicurato o il medico curante devono:

- spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il caso clinico;
- compilare il questionario che viene fornito;
- mettere a disposizione la documentazione medica completa (biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica) che sia necessaria per valutare il caso.

La Struttura Organizzativa:

- procede alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica utile traducendola, ove necessario, in lingua inglese;
- effettua la seconda opinione medica mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nel quadro clinico o nella malattia dell'Assicurato.

Il servizio viene effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'Assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito che deve essere fornita alla Struttura Organizzativa dall'Assicurato o dal suo medico di fiducia.

La risposta del secondo parere medico, in forma scritta, sarà trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato, o al suo medico di fiducia normalmente in 15 giorni lavorativi, e comunque al massimo entro 40 giorni lavorativi.

2. TELE/VIDEO CONFERENZA CON CENTRO MEDICO INTERNAZIONALE

Entro 10 giorni dalla data di ricevimento del secondo parere medico è facoltà dell'Assicurato richiedere alla Struttura Organizzativa l'organizzazione di una tele/video conferenza alla presenza del Direttore Medico della Struttura Organizzativa, eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del centro medico internazionale di riferimento che ha redatto il secondo parere medico.

La Società, qualora necessario, tiene a proprio carico il costo del trasferimento in:

- aereo (classe economica); o
- ferroviario (prima classe);

di andata e ritorno, per raggiungere la sede della Struttura Organizzativa a favore dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante, ...).

Massimale	800 euro per durata contrattuale
Erogabilità	3 volte per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

3. CURE MEDICHE E/O OSPEDALIERE NEGLI U.S.A.

Qualora l'Assicurato decida di sottoporsi alle cure mediche e/o ospedaliere negli United States of America (U.S.A.) consigliate nel secondo parere medico, coerenti con il quadro clinico corrispondente alla patologia sofferta, la Struttura organizzativa presta i seguenti servizi:

- consulenza nella selezione delle strutture ospedaliere e dei medici in U.S.A. per il trattamento adeguato del caso tra quelle comprese nella rete ospedaliera convenzionata con la Struttura Organizzativa;
- consulenza e supporto per le pratiche di ingresso ed accettazione nella struttura ospedaliera scelta dall'Assicurato;
- prenotazione di visite mediche con i medici operanti presso le strutture ospedaliere scelte dall'Assicurato in U.S.A.;
- prima della partenza per gli U.S.A. la Struttura Organizzativa fornisce all'Assicurato i preventivi e la stima dei costi relativi al ricovero ed agli onorari medici corrispondenti alle cure mediche che l'Assicurato riceve durante il periodo di degenza/terapia in U.S.A.;
- qualora lo stato di salute dell'Assicurato lo richieda coordinamento del trasferimento con aereo sanitario fino agli U.S.A. o terrestre con autoambulanza negli U.S.A.;
- gestione della prenotazione dei viaggi aerei e del pernotto presso struttura alberghiera a favore dell'Assicurato e dei famigliari che lo accompagnano in U.S.A.;
- coordinamento dell'accoglienza dell'Assicurato e dei famigliari che lo accompagnano nell'aeroporto di arrivo in U.S.A. e successivo trasferimento al luogo di pernotto, se il viaggio è finalizzato a ricevere, da parte dell'Assicurato, i trattamenti ospedalieri consigliati nel secondo parere medico fornito;
- a partire dall'ingresso dell'Assicurato nella struttura ospedaliera scelta, la Struttura Organizzativa fornisce, qualora ce ne sia la necessità, l'accesso ai servizi di interpreti qualificati per facilitare l'erogazione delle cure mediche negli U.S.A.;
- coordinamento delle cure nell'ospedale scelto dall'Assicurato e degli appuntamenti con il medico specialista;
- revisione, controllo e analisi delle corrispondenti fatture e verifica delle voci definite come "usuali e solite" nel corso del trattamento terapeutico a favore dell'Assicurato;
- auditing completo delle voci e delle spese inserite nelle fatture, relazionate con le cure mediche ricevute dall'Assicurato;
- conseguimento di eventuali sconti, sui costi dei servizi medici e ospedalieri in virtù di convenzioni tra i centri specialistici in U.S.A. e la Struttura Organizzativa.

Tutte le spese mediche inerenti il periodo di ricovero/degenza, così come tutte le spese di trasporto e pernottamento rimangono a carico dell'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 3 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO MEDICO ATTREZZATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da una Malattia Grave indennizzabile a termini di polizza che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, si occupa di:

- 4) individuare e prenotare l'Istituto di Cura italiano o estero maggiormente attrezzato - tenuto conto della disponibilità - per la patologia di cui soffre l'Assicurato;
- 5) organizzare il trasporto dell'Assicurato, compatibilmente alle sue condizioni sanitarie, verso l'Istituto di Cura italiano o estero individuato con il mezzo più idoneo tra quelli di seguito elencati:
 - aereo sanitario limitatamente al trasferimento verso paesi dell'Europa e del bacino del Mediterraneo che non si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
 - aereo di linea in classe economica eventualmente in barella;
 - treno in prima classe e qualora ce ne sia necessità in vagone letto;
 - autoambulanza senza limiti di chilometraggio;
- 6) ove necessario assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 4 ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da una Malattia Grave indennizzabile a termini di polizza che necessita di essere assistito da un infermiere nelle due settimane successive alla dimissione da un Istituto di Cura, provvede al suo reperimento e all'invio.

Massimale	500 euro per annualità assicurativa
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissione emesso dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero di durata superiore a 2 giorni continuativi

Art. 5 ASSISTENZA FISIOTERAPICA A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da Malattia Grave indennizzabile a termini di polizza e dopo averne accertata l'effettiva necessità secondo il parere del medico della Struttura Organizzativa, invia un fisioterapista.

Massimale	300 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. 6 CONSEGNA FARMACI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da una Malattia Grave indennizzabile a termini di polizza, ricerca e consegna farmaci commercializzati in Italia presso il domicilio dell'Assicurato secondo quanto indicato da prescrizione medica.

I costi di acquisto dei medicinali rimangono a carico dell'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 7 ORGANIZZAZIONE TRASFERIMENTO / SOGGIORNO PER TERAPIA FUORI SEDE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da una Malattia Grave indennizzabile a termini di polizza, che comporti il doversi sottoporre:

- ad un grande intervento chirurgico o
- a cicli di terapie o
- a cicli di riabilitazione

presso un Istituto di Cura situato fuori dalla provincia di residenza, organizza a tariffe convenzionate, anche per l'eventuale accompagnatore designato dall'Assicurato:

- il trasferimento presso la città dove è situato l'Istituto di Cura scelto con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- il pernottamento, ove possibile, in zona limitrofa all'Istituto di Cura;
- i trasferimenti dal luogo di pernottamento all'Istituto di Cura e viceversa con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- il rientro presso il domicilio al termine del periodo di cura.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di trasporto e soggiorno.

Erogabilità	Entro 1 anno dalla diagnosi della Malattia Grave
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. 8 RICERCA E PRENOTAZIONE CENTRI SPECIALISTICI E DIAGNOSTICI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da una Grave Malattia indennizzabile a termini di polizza, che ha necessità di sottoporsi a:

- visite specialistiche; e/o
- accertamenti diagnostici; e/o
- analisi ematochimiche;

sentito il medico curante e tenuto conto delle disponibilità territoriali locali, individua e prenota la visita presso lo specialista e/o il centro diagnostico e/o il centro di analisi ematochimiche in accordo con le esigenze dell'Assicurato.

Il costo della visita specialista o diagnostica rimane a carico dell'Assicurato.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. 9 COLLEGAMENTO CONTINUO CON ISTITUTO DI CURA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, ricoverato in Istituto di Cura colpito da una Grave Malattia indennizzabile a termini di polizza, o dei beneficiari indicati in polizza qualora l'Assicurato sia impossibilitato a prendere contatto con la Struttura Organizzativa, predispone un collegamento telefonico tra i medici dell'Istituto di Cura ed i medici della Struttura Organizzativa per fornire informazioni cliniche costanti alla famiglia dell'Assicurato.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

MODULO PER GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA CON RENDITA TEMPORANEA

COSA È ASSICURATO

Art. 1 ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che si trovi in stato di non-autosufficienza come normato al precedente all' Art. 6 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA della Garanzia Non Autosufficienza con Rendita Temporanea e che necessita di essere assistito da un infermiere, provvede al suo reperimento e all'invio.

Massimale	500 euro per durata contrattuale
Erogabilità	1 volta per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. 2 CONSULENZA PER ADEGUAMENTO ABITAZIONE A SEGUITO INVALIDITÀ PERMANENTE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che si trovi in stato di non-autosufficienza come normato al precedente all' Art. 6 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA della Garanzia Non Autosufficienza con Rendita Temporanea e che comporti un'invalidità permanente pari o superiore al 66%, reperisce e commissiona ad un architetto convenzionato il progetto degli interventi da effettuare per l'adeguamento dell'abitazione.

Massimale	1.000 euro per durata contrattuale
Erogabilità	1 volta per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

Art. 3 CONSEGNA FARMACI PRESSO L'ABITAZIONE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che si trovi in stato di non-autosufficienza come normato al precedente all' Art. 6 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA della Garanzia Non Autosufficienza con Rendita Temporanea, ricerca e consegna farmaci commercializzati in Italia presso il domicilio dell'Assicurato secondo quanto indicato da prescrizione medica.

I costi di acquisto dei medicinali rimangono a carico dell'Assicurato.

Erogabilità	1 volta per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 4 COLLABORATRICE FAMILIARE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che si trovi in stato di non-autosufficienza come normato al precedente all' Art. 6 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA della Garanzia Non Autosufficienza con Rendita Temporanea e che necessiti dell'assistenza di una persona presso il suo domicilio per sbrigare le normali attività di conduzione dell'abitazione, reperisce ed invia una collaboratrice familiare.

L'Assicurato può segnalare una collaboratrice di propria fiducia e la Struttura Organizzativa la contatterà per verificare la compatibilità tariffaria tra la collaboratrice segnalata dall'Assicurato e quanto praticato in convenzione. Qualora ci sia compatibilità la Struttura Organizzativa invierà la collaboratrice familiare segnalata dall'Assicurato; qualora invece ci sia eccedenza tariffaria tra la collaboratrice segnalata dall'Assicurato e la tariffa convenzionata, è facoltà dell'Assicurato scegliere la collaboratrice familiare segnalata tenendo a proprio carico l'eccedenza economica rispetto alla tariffa convenzionata.

Massimale	20 giorni per sinistro e 50 euro al giorno e 350 euro per sinistro
Erogabilità	1 volta per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con la collaboratrice familiare con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. 5 INVIO BABY SITTER

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che si trovi in stato di non-autosufficienza come normato al precedente all' Art. 6 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA della Garanzia Non Autosufficienza con Rendita Temporanea e che non abbia la possibilità di occuparsi dei propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità, una baby sitter per accudirli.

Massimale	300 euro per sinistro.
Erogabilità	1 volta per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con la baby sitter con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. 6 ACCOMPAGNAMENTO A SCUOLA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza come normato al precedente all' Art. 6 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA della Garanzia Non Autosufficienza con Rendita Temporanea e che non abbia la possibilità di portare a scuola i propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria, un taxi per accompagnarli.

Massimale	10 accompagnamenti per un massimo di 750 euro per sinistro
Erogabilità	1 volta per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. 7 ACCOMPAGNAMENTO ATTIVITÀ EXTRA SCOLASTICHE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza come normato al precedente Art. 6 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA della Garanzia Non Autosufficienza con Rendita Temporanea e che non abbia la possibilità di accompagnare nelle attività extrascolastiche i propri figli di età inferiore di anni 12, invia, salvo disponibilità, e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria un taxi per accompagnarli.

Massimale	5 accompagnamenti per un massimo di 300 euro per sinistro
Erogabilità	1 volta per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

Art. 8 INVIO DI UN'AMBULANZA PER RIENTRO ALL'ABITAZIONE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza come normato al precedente all' Art. 6 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA della Garanzia Non Autosufficienza con Rendita Temporanea, dimesso dal ricovero di primo soccorso, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, ne predispone il trasferimento verso il domicilio tramite ambulanza.

Massimale	300 km per sinistro considerando il tragitto struttura di primo soccorso - domicilio dell'Assicurato andata e ritorno
Erogabilità	1 volta per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno

Art. 9 CUSTODIA ANIMALI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza come normato al precedente all' Art. 6 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA della Garanzia Non Autosufficienza con Rendita Temporanea e che si trovi impossibilitato ad affidare il suo animale domestico (cane o gatto di proprietà documentata), ne predispone la custodia in un'idonea struttura di accoglienza.

Massimale	300 euro per sinistro
Erogabilità	1 volta per durata contrattuale
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione

INFORMATIVA ADEGUATA VERIFICA

**Informativa sugli obblighi di cui al D. Lgs. n° 231 del 21 Novembre 2007
così modificato dal D. Lgs. n° 90 del 25 maggio 2017**

OBBLIGHI DEL CLIENTE

Art. 22, commi 1 e 2

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.

OBBLIGO DI ASTENSIONE

Art. 42, comma 1, 2 e 4

1. I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c), si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto, la prestazione professionale e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.
2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo, eseguire operazioni o prestazioni professionali e pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo né verificarne l'identità.
4. È fatta in ogni caso salva l'applicazione dell'articolo 35, comma 2, nei casi in cui l'operazione debba essere eseguita in quanto sussiste un obbligo di legge di ricevere l'atto.

SANZIONI PENALI

Art. 55, comma 3 e 4

3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.
4. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, essendovi tenuto, viola il divieto di comunicazione di cui agli articoli 39, comma 1, e 41, comma 3, è punito con l'arresto da sei mesi a un anno e con l'ammenda da 5.000 euro a 30.000 euro.

ESECUTORE

L'Esecutore è il soggetto delegato ad operare in nome e per conto del cliente. Se trattasi di cliente persona giuridica, il soggetto cui siano conferiti poteri di rappresentanza che gli consentano di operare in nome e per conto del cliente.

EFFETTIVO PERCIPIENTE

L'Effettivo Percipiente è l'eventuale persona fisica o persona giuridica a favore della quale viene effettuato il pagamento su disposizione del cliente.

TITOLARE EFFETTIVO

Art. 20

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.
2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:
 - a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;

- b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.
3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:
- a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
- b) del controllo dei voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
- c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.
4. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.
5. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:
- a) i fondatori, ove in vita;
- b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
- c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.
6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo.

Art. 22, comma 3, 4 e 5

3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77 CAP e 2341-ter del codice civile.
4. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.
5. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, per tali intendendosi quelle relative all'identità del fondatore, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi.
- I fiduciari di trust espressi conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo o professionale ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.

ALLEGATO 1 AL REGOLAMENTO IVASS N. 5 DEL 21 LUGLIO 2014

(Rif. art. 2, comma 1, lettera y), punto 2 del Regolamento)

1. In linea con la previsione dell'Allegato tecnico del Decreto, ai fini del presente regolamento, il controllo ricorre, comunque, per tutte le persone fisiche che hanno il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale superiore al 25% del capitale sociale o del diritto di voto nella società-cliente. Nell'ipotesi in cui più soggetti non persone fisiche controllino una partecipazione al capitale della società-cliente, o una percentuale dei diritti di voto, nella società, superiore al 25%, il predetto criterio di individuazione del Titolare

Effettivo del cliente trova applicazione con riguardo a ciascuno dei citati soggetti. Il Titolare Effettivo può rinvenirsi in uno o più soggetti preposti all'amministrazione della società, in considerazione dell'eventuale influenza da questi esercitata sulle decisioni riservate ai soci, con riguardo, in particolare, alle decisioni relative alla nomina degli amministratori. Tale circostanza assume precipuo rilievo quando non ricorra alcuna delle condizioni di cui sopra.

2. Non si rende necessaria l'individuazione del Titolare Effettivo per i soggetti che beneficiano dell'adeguata verifica semplificata ai sensi dell'articolo 25, commi 1 e 3, e dell'articolo 26 del Decreto. Le imprese e gli intermediari assicurativi possono astenersi dal proseguire nella ricerca del Titolare Effettivo quando, risalendo la catena di controllo, individuino come controllante un soggetto diverso da una persona fisica che, se fosse cliente, sarebbe sottoposto al regime di adeguata verifica semplificata (in tale caso, infatti, non sarebbe necessario individuare il Titolare Effettivo di cui all'articolo 2, comma 1, lett. y). In tale ipotesi, va tenuta evidenza di tale soggetto come controllante.
3. Qualora il cliente sia una società fiduciaria di cui alla legge 23 novembre 1939 n. 1966 (le previsioni del presente paragrafo non si applicano alle società fiduciarie iscritte, ai sensi dell'articolo 199, comma 2 TUF, nella sezione separata dell'albo di cui all'articolo 106 TUB, a meno che il destinatario ritenga di non poter applicare le misure semplificate di adeguata verifica) si procede come segue:
 - a. se la fiduciaria agisce per conto dei fiducianti:
 - la fiduciaria/cliente sarà tenuta, ai sensi dell'articolo 21 del Decreto, a fornire per iscritto tutte le informazioni necessarie ed aggiornate, di cui sia a conoscenza, sui fiducianti, quali titolari effettivi di cui all'articolo 2, comma 1, lett. y), punto 1, del rapporto o dell'operazione;
 - ove i fiducianti siano persone diverse dalle persone fisiche, vanno identificati e verificati i dati del titolare o dei titolari effettivi, di cui all'articolo 2, comma 1, lett. y), punto 2;
 - b. se la fiduciaria agisce in nome e per conto proprio, vanno identificati e verificati i dati del titolare o dei titolari effettivi di cui all'articolo 2, comma 1, lett. y), punto 2 della fiduciaria, secondo le norme relative alle società.
4. Per le fondazioni e i trust, il Titolare Effettivo va, cumulativamente, individuato:
 - a) nelle persone fisiche beneficiarie del 25%, o più, del patrimonio della fondazione o del trust, qualora i futuri beneficiari siano già stati individuati; viceversa, qualora i beneficiari non risultino ancora determinati, nella categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce la fondazione o il trust;
 - b) nella persona o persone fisiche che esercitano il controllo, anche di fatto, sul 25% o più del patrimonio della fondazione o del trust;
 - c) se diverso, in ciascun trustee del trust, se non già identificato.
5. Quando il cliente è un'organizzazione non profit, si applica quanto previsto al precedente paragrafo 4, lettere a) e b).
6. Nei casi diversi da quelli indicati nei paragrafi precedenti, il Titolare Effettivo va individuato:
 - a) nei soggetti che detengono una quota superiore al 25% del fondo o patrimonio dell'organizzazione;
 - b) e - se diversi - nei soggetti che, in forza del contratto costitutivo dell'organizzazione (e successive modifiche e integrazioni), ovvero di altri atti o circostanze, siano titolari di voti, all'interno dell'organo decisionale dell'organizzazione, per una percentuale superiore al 25% o del diritto di esprimere la maggioranza dei preposti all'amministrazione.

In tutti i casi sopradescritti, se uno o più dei soggetti, individuati in base ai predetti criteri, non è una persona fisica, il Titolare Effettivo corrisponde alla persona fisica o alle persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o esercitano il controllo diretto o indiretto su detto soggetto.

Il Titolare Effettivo può rinvenirsi in uno o più soggetti preposti all'amministrazione, in considerazione dell'eventuale influenza da questi esercitata sulle decisioni riservate ai partecipanti all'organizzazione, con riguardo, in particolare, alle decisioni relative alla nomina dei preposti all'amministrazione. Tale valutazione assume precipuo rilievo quando, con riferimento al cliente, non ricorrano le condizioni di cui alle precedenti lettere a) e b).

PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

Art. 1, comma 2, lettera dd)

2. Le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:
 - 1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:

- 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
- 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
- 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
- 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
- 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
- 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
- 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
- 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
- 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
- 2) sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
- 3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
 - 3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
 - 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

DEFINIZIONI FATCA E CRS

Definizioni ai sensi della Legge 18 Giugno 2015, n. 95 e della Direttiva 2014/107/UE del Consiglio del 9 Dicembre 2014

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

Normativa fiscale americana - recepita in Italia tramite la firma di uno specifico accordo Intergovernativo tra Italia e Stati Uniti e ratificato dalla Legge 18 Giugno 2015, n.95 - che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo agli istituti finanziari non statunitensi obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano. L'istituto è altresì obbligato a effettuare attività di monitoraggio al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e conseguentemente al fisco statunitense (Internal Revenue Service - IRS).

CRS (Common Reporting Standard)

Sistema di scambio automatico di informazioni tra Paesi elaborato dall'OCSE per combattere la frode fiscale, l'evasione fiscale e la pianificazione fiscale aggressiva, attuato mediante Dir. 2014/107/UE del Consiglio del 9 dicembre 2014 recante modifica della direttiva 2011/16/UE per quanto riguarda lo scambio automatico obbligatorio di informazioni nel settore fiscale e correlata L. 9 luglio 2015, n. 114 attraverso cui è attuato l'ampliamento dello scambio automatico di informazioni già previsto all'articolo 8, paragrafo 5, della direttiva 2011/16/UE in relazione ai residenti in altri Stati membri,. Il CRS prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione della clientela al fine di ottenere la residenza fiscale nonché attività di monitoraggio per individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione.

TIN / SSN / EIN

(Codice fiscale statunitense) designa un codice di identificazione fiscale federale degli Stati Uniti.

NIF

Si intende un codice di identificazione fiscale (o equivalente funzionale in assenza di un codice di identificazione fiscale).

GIIN

(Global Intermediary Identification Number) designa il codice identificativo rilasciato e pubblicato in una apposita lista dall'IRS ("FFI list") ed assegnato a una Participating Foreign Financial Institution (PFFI), una Registered Deemed Compliant FFI, nonché a ogni altra entità che deve o può registrarsi presso l'IRS, secondo le pertinenti disposizioni del Tesoro statunitense.

Internal Revenue Service - IRS

Designa l'Amministrazione Finanziaria Statunitense.

Intergovernmental Agreement - IGA

Designa un Accordo intergovernativo per migliorare la tax compliance internazionale e per applicare la normativa Fatca stipulato dal Governo degli Stati Uniti d'America con un altro Paese.

- a. **IGA 1** designa un IGA che prevede l'obbligo, per le istituzioni finanziarie localizzate nel Paese che ha stipulato l'Accordo con gli Stati Uniti, di comunicare le informazioni richieste dalla normativa FATCA all'Autorità fiscale del Paese stesso, che le trasmette all'Internal Revenue Service statunitense (IRS);
- b. **IGA 2** designa un IGA in base al quale l'Autorità fiscale del Paese che ha stipulato l'Accordo con gli Stati Uniti si impegna a consentire alle istituzioni finanziarie localizzate presso tale Paese la trasmissione delle informazioni richieste dalla normativa FATCA direttamente all'IRS.

Expanded Affiliated Group - EAG

Designa un gruppo di istituzioni finanziarie in cui una entità controlla le altre entità, ovvero le entità sono soggette a controllo comune. A tal fine, il controllo comprende il possesso diretto o indiretto di più del 50 per cento dei diritti di voto e della partecipazione al capitale di un'entità.

Participating FFI

(Solo FATCA) - PFFI (Istituzione finanziaria estera - ovvero NON US - partecipante) designa le istituzioni finanziarie tenute alla comunicazione localizzate in Paesi che hanno sottoscritto un IGA 2 nonché quelle

localizzate in Paesi che non hanno sottoscritto un IGA 1 ma che hanno firmato singolarmente e autonomamente un accordo con l'IRS.

Registered Deemed Compliant FFI

(Solo FATCA) Istituzioni finanziarie estere - ovvero NON US - registrate considerate adempienti designa:

- a. le istituzioni finanziarie localizzate in Paesi che non hanno sottoscritto un IGA che sono qualificate come RDCFFI sulla base dei pertinenti Regolamenti del Tesoro statunitense;
- b. le istituzioni finanziarie localizzate in Paesi che hanno sottoscritto un Accordo IGA 1 e che sono tenute alla comunicazione;
- c. le istituzioni finanziarie localizzate in Paesi che hanno sottoscritto un IGA 1 o un IGA 2 qualificate come RDCFFI sulla base della normativa interna di tali ultimi Paesi.

Certified Deemed Compliant FFI

Istituzioni finanziarie estere - ovvero NON US - certificate considerate adempienti. Rientrano:

- a. le istituzioni finanziarie estere localizzate in Paesi che non hanno sottoscritto un IGA ma che sono qualificate come CDC FFI dai pertinenti Regolamenti del Tesoro statunitense;
- b. le istituzioni finanziarie localizzate in Paesi che hanno sottoscritto un IGA 1 o un IGA 2, diverse dalle RDCFFI, che sono qualificate come CDCFFI dalla normativa domestica di tali Paesi.

Exempt Beneficial Owner (solo FATCA)

Sono le istituzioni, le società o gli altri soggetti che rientrano nel seguente elenco:

- a) il Governo Italiano, ogni suddivisione geografica, politica o amministrativa del Governo Italiano, o ogni agenzia o ente strumentale interamente detenuto da uno qualsiasi o più dei soggetti precedenti;
- b) un'organizzazione internazionale pubblica (o una sede italiana di organizzazione internazionale pubblica) avente titolo a godere di privilegi, esenzioni e immunità in quanto organizzazione internazionale ai sensi di un trattato o accordo internazionale concluso dall'Italia e ogni agenzia dipendente da tale organizzazione o ente strumentale dalla stessa istituito per il perseguimento, anche indiretto, dei propri scopi;
- c) la Banca d'Italia;
- d) le Poste Italiane S.p.A., ad eccezione del patrimonio BancoPosta;
- e) la Cassa di Risparmio di Roma S.p.A. (CRS);
- f) i fondi o le istituzioni che si qualificano come forme pensionistiche complementari ai sensi della legislazione italiana, compresi i fondi pensione regolati dal Decreto Legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 e gli enti di previdenza e sicurezza sociale privatizzati dal Decreto Legislativo 30 giugno 1994, n. 509, o
- g) istituiti ai sensi del Decreto Legislativo 10 febbraio 1996, n. 103, a condizione che i contributi individuali volontari al conto siano limitati dalla normativa italiana di riferimento oppure non eccedano in alcun anno 50.000 €;
- h) i fondi pensione nonché gli enti di previdenza e sicurezza sociale privatizzati dal Decreto Legislativo 30 giugno 1994, n. 509, o istituiti ai sensi del Decreto Legislativo 10 febbraio 1996, n. 103, che hanno diritto ai benefici previsti dalla Convenzione del 25 agosto 1999 Italia - Stati Uniti per evitare le doppie imposizioni in materia di imposte sul reddito e per prevenire le frodi o le evasioni fiscali in quanto soggetto residente in Italia ai sensi dell'art. 4 della predetta Convenzione e in possesso dei requisiti di cui all'art. 2, lettera f), del protocollo alla Convenzione stessa;
- i) i fondi pensione istituiti dagli EBO di cui ai punti precedenti per fornire prestazioni pensionistiche o altri benefici in caso di malattia o morte a partecipanti che sono, o sono stati, dipendenti di tali EBO o a persone designate da tali dipendenti ovvero a persone che, pur non essendo state dipendenti di detti EBO, hanno diritto a ricevere i summenzionati benefici in ragione di servizi personali resi ai medesimi EBO;
- j) le società o i soggetti giuridici di piena proprietà di altri soggetti esenti da FATCA;
- k) i beneficiari effettivi esteri esenti localizzati in Paesi che hanno sottoscritto un IGA1 o un IGA2 e che sono considerati beneficiari effettivi esenti in base alla legislazione domestica di tali Paesi nonché i soggetti considerati beneficiari effettivi esenti dai pertinenti Regolamenti del Tesoro statunitense.

Non Participating Financial Institution

(Solo FATCA) Istituzione finanziaria non partecipante - NPMI designa un'istituzione finanziaria localizzata in un Paese che non ha sottoscritto un IGA, diversa da una Participating Foreign Financial Institution, da una Deemed Compliant Foreign Financial Institution e da un Exempt Beneficial Owner in base ai pertinenti Regolamenti del Dipartimento del Tesoro statunitense. In questa definizione rientrano altresì le istituzioni finanziarie italiane escluse dalla FFI list a seguito dell'espletamento della procedura di cui all'articolo 5, paragrafo 2, dell'IGA Italia

nonché le Partner Jurisdiction Financial Institution (Istituzioni Finanziarie localizzate in paesi diversi da Italia e Stati Uniti che hanno sottoscritto un IGA) alle quali è stato revocato il GIIN.

Sponsored FFI

(Solo FATCA) Ai fini di adempiere gli obblighi FATCA, un'entità di investimento può ricorrere ad una entità sponsor, ferma restando la responsabilità della Sponsored FFI per il corretto assolvimento dei suddetti obblighi.

Non Specified U.S. Person

- società di capitali le cui azioni sono regolarmente negoziate su uno o più mercati mobiliari regolamentati;
- qualsiasi società di capitali che è un membro dello stesso expanded affiliated group, di una società di capitali le cui azioni sono regolarmente negoziate su uno o più mercati regolamentati;
- gli Stati Uniti o qualsiasi suo ente o agenzia interamente posseduta;
- qualsiasi Stato degli Stati Uniti, qualsiasi territorio statunitense, qualsiasi suddivisione politica di uno dei precedenti, o qualsiasi agenzia o ente interamente posseduto di uno o più dei precedenti;
- qualsiasi organizzazione esente da imposte conformemente alla sezione 501(a) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti o un piano pensionistico individuale come definito nella sezione 7701(a)(37) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi organizzazione esente da imposte conformemente alla sezione 501(a) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti o un piano pensionistico individuale come definito nella sezione 7701(a)(37) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi banca come definita nella sezione 581 dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- un intermediario come definito nella sezione 6045(c) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi trust di investimento immobiliare come definito nella sezione 856 dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi common trust fund come definito nella sezione 584(a) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi trust esente da imposte conformemente alla sezione 664(c) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti o che è descritto nella sezione 4947(a)(1) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- ogni trust esente da imposte conformemente a un piano descritto nella sezione 403(b) o nella sezione 457(b) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi società di investimento regolamentata come definita nella sezione 851 dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti o qualsiasi entità registrata presso la Securities and Exchange Commission degli Stati Uniti conformemente all'Investment Company Act del 1940;
- un operatore in titoli, commodities, o strumenti finanziari derivati (inclusi i contratti su capitali figurativi, futures, forwards e opzioni) che è registrato come tale o in base alla legislazione degli Stati Uniti o di ogni suo Stato.

Specified U.S. Person

Persona statunitense diversa dalle precedenti.

Active NFE

Per Active NFE si intende un'Entità Non Finanziaria che soddisfa uno dei seguenti criteri:

- a) meno del 50% del reddito lordo dell'Entità Non Finanziaria per l'anno solare precedente o altro adeguato periodo di rendicontazione è reddito passivo e meno del 50% delle attività detenute dall'Entità Non Finanziaria nel corso dell'anno solare precedente o altro adeguato periodo di rendicontazione sono attività che producono o sono detenute al fine di produrre reddito passivo;
- b) il capitale dell'NFE è regolarmente negoziato in un mercato regolamentato di valori mobiliari ovvero l'NFE è un'Entità Collegata di un'Entità il cui capitale è regolarmente negoziato in un mercato regolamentato di valori mobiliari;
- c) l'NFE è un'Entità Statale, un'Organizzazione Internazionale, una Banca Centrale o un'Entità interamente controllata da uno o più di detti soggetti;
- d) tutte le attività dell'NFE consistono essenzialmente nella detenzione (piena o parziale) delle consistenze dei titoli di una o più controllate impegnate nell'esercizio di un'attività economica o commerciale diversa dall'attività di un'Istituzione Finanziaria, e nella fornitura di finanziamenti e servizi ad esse, salvo che un'Entità non sia idonea a questo status poiché funge (o si qualifica) come un fondo d'investimento, un fondo di private equity, un fondo di venture capital, un leveraged buyout fund o altro veicolo d'investimento la cui finalità è di acquisire o finanziare società per poi detenere partecipazioni in tali società come capitale fisso ai fini d'investimento;

- e) l'NFE non esercita ancora un'attività economica e non l'ha esercitata in passato, ma sta investendo capitale in alcune attività con l'intento di esercitare un'attività economica diversa da quella di un'Istituzione Finanziaria; l'NFE non ha i requisiti per questa eccezione decorsi 24 mesi dalla data della sua organizzazione iniziale;
- f) l'NFE non è stata un'Istituzione Finanziaria negli ultimi cinque anni e sta liquidando le sue attività o si sta riorganizzando al fine di continuare o ricominciare a operare in un'attività economica diversa da quella di un'Istituzione Finanziaria;
- g) l'NFE si occupa principalmente di operazioni di finanziamento e operazioni di copertura con o per conto di Entità Collegate che non sono Istituzioni Finanziarie e non fornisce servizi di finanziamento o di copertura a Entità che non siano Entità Collegate, a condizione che il gruppo di tali Entità Collegate si occupi principalmente di un'attività economica diversa da quella di un'Istituzione Finanziaria;
- h) l'NFE soddisfa tutti i seguenti requisiti:
 - 1) è stata costituita ed è gestita nel suo Stato membro o in altra giurisdizione di residenza esclusivamente per finalità religiose, caritatevoli, scientifiche, artistiche, culturali, sportive o educative; o è stata costituita ed è gestita nel suo Stato membro o in altra giurisdizione di residenza ed è un'organizzazione professionale, un'unione di operatori economici, una camera di commercio, un'organizzazione del lavoro, un'organizzazione agricola o orticola, un'unione civica o un'organizzazione attiva esclusivamente per la promozione dell'assistenza sociale;
 - 2) è esente dall'imposta sul reddito nel suo Stato membro o in altra giurisdizione di residenza;
 - 3) non ha azionisti o soci che hanno un interesse a titolo di proprietari o di beneficiari sul suo reddito o sul patrimonio;
 - 4) le leggi applicabili dello Stato membro o altra giurisdizione di residenza dell'NFE o gli atti costitutivi dell'NFE non consentono che il reddito o patrimonio dell'NFE siano distribuiti o destinati a beneficio di un privato o di un'Entità non caritatevole, se non nell'ambito degli scopi di natura caritatevole dell'Entità, a titolo di pagamento di una remunerazione congrua per i servizi resi, ovvero a titolo di pagamento del valore equo di mercato di beni acquistati dall'NFE; e
 - 5) le leggi applicabili dello Stato membro o altra giurisdizione di residenza dell'NFE o gli atti costitutivi dell'NFE prevedono che, all'atto della liquidazione o dello scioglimento dell'NFE, tutto il suo patrimonio sia distribuito ad un'Entità Statale o altra organizzazione senza scopo di lucro, o sia devoluto al governo dello Stato membro o altra giurisdizione di residenza dell'Entità Non Finanziaria o a una sua suddivisione politica.
- i) l'NFFE è un governo non statunitense, un governo di un Territorio degli Stati Uniti, un'organizzazione internazionale, una banca centrale di emissione non statunitense, o un'entità interamente controllata da uno o più di detti soggetti.

Direct Reporting NFFE/Sponsored Direct Reporting NFFE

(Solo FATCA): l'NFFE non è residente in Italia e si qualifica come Direct Reporting NFFE ovvero come Sponsored Direct Reporting NFFE ai sensi dei pertinenti Regolamenti del Tesoro statunitense.

Altri Soggetti esclusi

Ai sensi dell'art. 6 del Decreto 6 Agosto 2015 - Decreto di attuazione della legge 18 giugno 2015, n. 95 - o in base ai Regolamenti del Tesoro statunitense.

Passive NFFE

Con il termine Passive NFFE si intende ogni entità non finanziaria estera:

- il cui reddito lordo generato da passive income (dividendi, interessi, affitti, royalties, ecc.) nel precedente anno solare (o altro appropriato periodo di reporting) superiore al 50% del totale;
- assets che producono o sono detenuti per produrre passive income, superiori al 50% degli assets totali detenuti durante il precedente anno solare (o altro appropriato periodo di reporting).

Titolari effettivi

Il termine titolare effettivo (Controlling Person) designa la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano un'entità, ovvero ne risultano beneficiari. Nel caso di entità classificate come Passive NFE, la Compagnia è tenuta a verificare se il/i titolare/i effettivo/i è classificabile come Reportable Person.

Reportable Person (solo CRS)

Sono considerati Soggetti reportable, ai fini CRS una Persona di uno Stato membro diversa da:

- i) Una società di capitali le cui azioni sono regolarmente quotate su uno o più mercati regolamentati;
- ii) Una società di capitali che è un'Entità Collegata di una società di capitali di cui al punto i);

- iii) Un'entità Statale;
- iv) Un'organizzazione internazionale;
- v) Una Banca Centrale;
- vi) Un'Istituzione Finanziaria.

Prove Documentali

Si intende uno dei documenti seguenti: a) un certificato di residenza rilasciato da un ente pubblico autorizzato (per esempio lo Stato o un'agenzia dello stesso, ovvero un comune) dello Stato membro o di un'altra giurisdizione in cui il beneficiario dei pagamenti afferma di essere residente; b) con riferimento a una persona fisica, un documento d'identità valido rilasciato da un ente pubblico autorizzato (per esempio lo Stato o un'agenzia dello stesso, ovvero un comune), contenente il nome della persona fisica e che viene comunemente utilizzato ai fini identificativi.

Residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA

Ai fini della normativa FATCA vigente si considera "residente fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA" il soggetto che possiede almeno uno dei seguenti requisiti:

- a) sia "Cittadino Statunitense", intendendosi per tale anche la persona che è nata negli Stati Uniti d'America e non è più ivi residente o non lo è mai stato (c.d. cittadinanza per nascita);
- b) sia residente stabilmente negli USA;
- c) sia in possesso della "Green Card", rilasciata dall'"Immigration and Naturalization Service";
- d) abbia soggiornato negli USA per il seguente periodo minimo:
 - 31 giorni nell'anno di riferimento e,
 - 183 giorni nell'arco temporale di un triennio, calcolati computando:
 - interamente i giorni di presenza nell'anno di riferimento;
 - un terzo dei giorni di presenza dell'anno precedente;
 - un sesto dei giorni di presenza per il secondo anno precedente.

Non si considera tuttavia "residente fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA":

- a) l'insegnante che ha soggiornato temporaneamente negli Stati Uniti se in possesso di una visa del tipo "j" o "Q";
- b) lo studente che ha soggiornato temporaneamente negli Stati Uniti se in possesso di una visa del tipo "j", "Q" "F" o "M";
- c) il soggetto che ha soggiornato temporaneamente negli Stati Uniti a seguito di incarichi di Governi esteri presso ad esempio ambasciate, consolati ed organizzazioni internazionali;
- d) il coniuge o il figlio non sposato di età inferiore ai 21 anni di una delle persone descritte nei punti precedenti.

Residenza fiscale

Ai fini della presente auto-certificazione, l'espressione "residente fiscale" designa ogni persona che, in virtù della legislazione di un determinato Stato, è assoggettata ad imposta nello stesso Stato, a motivo del suo domicilio, della sua residenza o di ogni altro criterio di natura analoga. Tuttavia, tale espressione non comprende le persone che sono assoggettate ad imposta in tale Stato soltanto per il reddito che esse ricavano da fonti situate in detto Stato o per il patrimonio ivi situato.

U.S. TIN (TIN statunitense o codice fiscale statunitense)

Designa un codice di identificazione fiscale federale degli Stati Uniti. Il codice è obbligatorio nel caso in cui il cliente si dichiara cittadino U.S.A. o residente fiscalmente negli U.S.A.

U.S. Person

(Persona statunitense) designa un cittadino statunitense, una persona fisica residente negli Stati Uniti, una società di persone o altra entità fiscalmente trasparente ovvero una società di capitali organizzata negli Stati Uniti o in base alla legislazione degli Stati Uniti o di ogni suo Stato, un trust se un tribunale negli Stati Uniti, conformemente al diritto applicabile, ha competenza a emettere un'ordinanza o una sentenza in merito sostanzialmente a tutte le questioni riguardanti l'amministrazione del trust, e (ii) una o più persone statunitensi hanno l'autorità di controllare tutte le decisioni sostanziali del trust, o di un'eredità giacente di un de cuius che è cittadino statunitense o residente negli Stati Uniti.

DEFINIZIONI FATCA E CRS

Definizioni ai sensi della Legge 18 Giugno 2015, n. 95 e della Direttiva 2014/107/UE del Consiglio del 9 Dicembre 2014

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

Normativa fiscale americana - recepita in Italia tramite la firma di uno specifico accordo Intergovernativo tra Italia e Stati Uniti e ratificato dalla Legge 18 Giugno 2015, n.95 - che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo agli istituti finanziari non statunitensi obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano. L'istituto è altresì obbligato a effettuare attività di monitoraggio al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e conseguentemente al fisco statunitense (Internal Revenue Service - IRS).

CRS (Common Reporting Standard)

Sistema di scambio automatico di informazioni tra Paesi elaborato dall'OCSE per combattere la frode fiscale, l'evasione fiscale e la pianificazione fiscale aggressiva, attuato mediante Dir. 2014/107/UE del Consiglio del 9 dicembre 2014 recante modifica della direttiva 2011/16/UE per quanto riguarda lo scambio automatico obbligatorio di informazioni nel settore fiscale e correlata L. 9 luglio 2015, n. 114 attraverso cui è attuato l'ampliamento dello scambio automatico di informazioni già previsto all'articolo 8, paragrafo 5, della direttiva 2011/16/UE in relazione ai residenti in altri Stati membri,. Il CRS prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione della clientela al fine di ottenere la residenza fiscale nonché attività di monitoraggio per individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione.

TIN / SSN / EIN

(Codice fiscale statunitense) designa un codice di identificazione fiscale federale degli Stati Uniti.

NIF

Si intende un codice di identificazione fiscale (o equivalente funzionale in assenza di un codice di identificazione fiscale).

GIIN

(Global Intermediary Identification Number) designa il codice identificativo rilasciato e pubblicato in una apposita lista dall'IRS ("FFI list") ed assegnato a una Participating Foreign Financial Institution (PFFI), una Registered Deemed Compliant FFI, nonché a ogni altra entità che deve o può registrarsi presso l'IRS, secondo le pertinenti disposizioni del Tesoro statunitense.

Internal Revenue Service - IRS

Designa l'Amministrazione Finanziaria Statunitense.

Intergovernmental Agreement - IGA

Designa un Accordo intergovernativo per migliorare la tax compliance internazionale e per applicare la normativa Fatca stipulato dal Governo degli Stati Uniti d'America con un altro Paese.

- a. **IGA 1** designa un IGA che prevede l'obbligo, per le istituzioni finanziarie localizzate nel Paese che ha stipulato l'Accordo con gli Stati Uniti, di comunicare le informazioni richieste dalla normativa FATCA all'Autorità fiscale del Paese stesso, che le trasmette all'Internal Revenue Service statunitense (IRS);
- b. **IGA 2** designa un IGA in base al quale l'Autorità fiscale del Paese che ha stipulato l'Accordo con gli Stati Uniti si impegna a consentire alle istituzioni finanziarie localizzate presso tale Paese la trasmissione delle informazioni richieste dalla normativa FATCA direttamente all'IRS.

Expanded Affiliated Group - EAG

Designa un gruppo di istituzioni finanziarie in cui una entità controlla le altre entità, ovvero le entità sono soggette a controllo comune. A tal fine, il controllo comprende il possesso diretto o indiretto di più del 50 per cento dei diritti di voto e della partecipazione al capitale di un'entità.

Participating FFI

(Solo FATCA) - PFFI (Istituzione finanziaria estera - ovvero NON US - partecipante) designa le istituzioni finanziarie tenute alla comunicazione localizzate in Paesi che hanno sottoscritto un IGA 2 nonché quelle

localizzate in Paesi che non hanno sottoscritto un IGA 1 ma che hanno firmato singolarmente e autonomamente un accordo con l'IRS.

Registered Deemed Compliant FFI

(Solo FATCA) Istituzioni finanziarie estere - ovvero NON US - registrate considerate adempienti designa:

- a. le istituzioni finanziarie localizzate in Paesi che non hanno sottoscritto un IGA che sono qualificate come RDCFFI sulla base dei pertinenti Regolamenti del Tesoro statunitense;
- b. le istituzioni finanziarie localizzate in Paesi che hanno sottoscritto un Accordo IGA 1 e che sono tenute alla comunicazione;
- c. le istituzioni finanziarie localizzate in Paesi che hanno sottoscritto un IGA 1 o un IGA 2 qualificate come RDCFFI sulla base della normativa interna di tali ultimi Paesi.

Certified Deemed Compliant FFI

Istituzioni finanziarie estere - ovvero NON US - certificate considerate adempienti. Rientrano:

- a. le istituzioni finanziarie estere localizzate in Paesi che non hanno sottoscritto un IGA ma che sono qualificate come CDC FFI dai pertinenti Regolamenti del Tesoro statunitense;
- b. le istituzioni finanziarie localizzate in Paesi che hanno sottoscritto un IGA 1 o un IGA 2, diverse dalle RDCFFI, che sono qualificate come CDCFFI dalla normativa domestica di tali Paesi.

Exempt Beneficial Owner (solo FATCA)

Sono le istituzioni, le società o gli altri soggetti che rientrano nel seguente elenco:

- a) il Governo Italiano, ogni suddivisione geografica, politica o amministrativa del Governo Italiano, o ogni agenzia o ente strumentale interamente detenuto da uno qualsiasi o più dei soggetti precedenti;
- b) un'organizzazione internazionale pubblica (o una sede italiana di organizzazione internazionale pubblica) avente titolo a godere di privilegi, esenzioni e immunità in quanto organizzazione internazionale ai sensi di un trattato o accordo internazionale concluso dall'Italia e ogni agenzia dipendente da tale organizzazione o ente strumentale dalla stessa istituito per il perseguimento, anche indiretto, dei propri scopi;
- c) la Banca d'Italia;
- d) le Poste Italiane S.p.A., ad eccezione del patrimonio BancoPosta;
- e) la Cassa Depositi e Prestiti S.p.A. (CDP);
- f) i fondi o le istituzioni che si qualificano come forme pensionistiche complementari ai sensi della legislazione italiana, compresi i fondi pensione regolati dal Decreto Legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 e gli enti di previdenza e sicurezza sociale privatizzati dal Decreto Legislativo 30 giugno 1994, n. 509, o
- g) istituiti ai sensi del Decreto Legislativo 10 febbraio 1996, n. 103, a condizione che i contributi individuali volontari al conto siano limitati dalla normativa italiana di riferimento oppure non eccedano in alcun anno 50.000 €;
- h) i fondi pensione nonché gli enti di previdenza e sicurezza sociale privatizzati dal Decreto Legislativo 30 giugno 1994, n. 509, o istituiti ai sensi del Decreto Legislativo 10 febbraio 1996, n. 103, che hanno diritto ai benefici previsti dalla Convenzione del 25 agosto 1999 Italia - Stati Uniti per evitare le doppie imposizioni in materia di imposte sul reddito e per prevenire le frodi o le evasioni fiscali in quanto soggetto residente in Italia ai sensi dell'art. 4 della predetta Convenzione e in possesso dei requisiti di cui all'art. 2, lettera f), del protocollo alla Convenzione stessa;
- i) i fondi pensione istituiti dagli EBO di cui ai punti precedenti per fornire prestazioni pensionistiche o altri benefici in caso di malattia o morte a partecipanti che sono, o sono stati, dipendenti di tali EBO o a persone designate da tali dipendenti ovvero a persone che, pur non essendo state dipendenti di detti EBO, hanno diritto a ricevere i summenzionati benefici in ragione di servizi personali resi ai medesimi EBO;
- j) le società o i soggetti giuridici di piena proprietà di altri soggetti esenti da FATCA;
- k) i beneficiari effettivi esteri esenti localizzati in Paesi che hanno sottoscritto un IGA1 o un IGA2 e che sono considerati beneficiari effettivi esenti in base alla legislazione domestica di tali Paesi nonché i soggetti considerati beneficiari effettivi esenti dai pertinenti Regolamenti del Tesoro statunitense.

Non Participating Financial Institution

(Solo FATCA) Istituzione finanziaria non partecipante - NPFI designa un'istituzione finanziaria localizzata in un Paese che non ha sottoscritto un IGA, diversa da una Participating Foreign Financial Institution, da una Deemed Compliant Foreign Financial Institution e da un Exempt Beneficial Owner in base ai pertinenti Regolamenti del Dipartimento del Tesoro statunitense. In questa definizione rientrano altresì le istituzioni finanziarie italiane escluse dalla FFI list a seguito dell'espletamento della procedura di cui all'articolo 5, paragrafo 2, dell'IGA Italia

nonché le Partner Jurisdiction Financial Institution (Istituzioni Finanziarie localizzate in paesi diversi da Italia e Stati Uniti che hanno sottoscritto un IGA) alle quali è stato revocato il GIIN.

Sponsored FFI

(Solo FATCA) Ai fini di adempiere gli obblighi FATCA, un'entità di investimento può ricorrere ad una entità sponsor, ferma restando la responsabilità della Sponsored FFI per il corretto assolvimento dei suddetti obblighi.

Non Specified U.S. Person

- società di capitali le cui azioni sono regolarmente negoziate su uno o più mercati mobiliari regolamentati;
- qualsiasi società di capitali che è un membro dello stesso expanded affiliated group, di una società di capitali le cui azioni sono regolarmente negoziate su uno o più mercati regolamentati;
- gli Stati Uniti o qualsiasi suo ente o agenzia interamente posseduta;
- qualsiasi Stato degli Stati Uniti, qualsiasi territorio statunitense, qualsiasi suddivisione politica di uno dei precedenti, o qualsiasi agenzia o ente interamente posseduto di uno o più dei precedenti;
- qualsiasi organizzazione esente da imposte conformemente alla sezione 501(a) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti o un piano pensionistico individuale come definito nella sezione 7701(a)(37) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi organizzazione esente da imposte conformemente alla sezione 501(a) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti o un piano pensionistico individuale come definito nella sezione 7701(a)(37) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi banca come definita nella sezione 581 dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- un intermediario come definito nella sezione 6045(c) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi trust di investimento immobiliare come definito nella sezione 856 dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi common trust fund come definito nella sezione 584(a) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi trust esente da imposte conformemente alla sezione 664(c) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti o che è descritto nella sezione 4947(a)(1) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- ogni trust esente da imposte conformemente a un piano descritto nella sezione 403(b) o nella sezione 457(b) dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti;
- qualsiasi società di investimento regolamentata come definita nella sezione 851 dell'Internal Revenue Code degli Stati Uniti o qualsiasi entità registrata presso la Securities and Exchange Commission degli Stati Uniti conformemente all'Investment Company Act del 1940;
- un operatore in titoli, commodities, o strumenti finanziari derivati (inclusi i contratti su capitali figurativi, futures, forwards e opzioni) che è registrato come tale o in base alla legislazione degli Stati Uniti o di ogni suo Stato.

Specified U.S. Person

Persona statunitense diversa dalle precedenti.

Active NFE

Per Active NFE si intende un'Entità Non Finanziaria che soddisfa uno dei seguenti criteri:

- a) meno del 50% del reddito lordo dell'Entità Non Finanziaria per l'anno solare precedente o altro adeguato periodo di rendicontazione è reddito passivo e meno del 50% delle attività detenute dall'Entità Non Finanziaria nel corso dell'anno solare precedente o altro adeguato periodo di rendicontazione sono attività che producono o sono detenute al fine di produrre reddito passivo;
- b) il capitale dell'NFE è regolarmente negoziato in un mercato regolamentato di valori mobiliari ovvero l'NFE è un'Entità Collegata di un'Entità il cui capitale è regolarmente negoziato in un mercato regolamentato di valori mobiliari;
- c) l'NFE è un'Entità Statale, un'Organizzazione Internazionale, una Banca Centrale o un'Entità interamente controllata da uno o più di detti soggetti;
- d) tutte le attività dell'NFE consistono essenzialmente nella detenzione (piena o parziale) delle consistenze dei titoli di una o più controllate impegnate nell'esercizio di un'attività economica o commerciale diversa dall'attività di un'Istituzione Finanziaria, e nella fornitura di finanziamenti e servizi ad esse, salvo che un'Entità non sia idonea a questo status poiché funge (o si qualifica) come un fondo d'investimento, un fondo di private equity, un fondo di venture capital, un leveraged buyout fund o altro veicolo d'investimento la cui finalità è di acquisire o finanziare società per poi detenere partecipazioni in tali società come capitale fisso ai fini d'investimento;

- e) l'NFE non esercita ancora un'attività economica e non l'ha esercitata in passato, ma sta investendo capitale in alcune attività con l'intento di esercitare un'attività economica diversa da quella di un'Istituzione Finanziaria; l'NFE non ha i requisiti per questa eccezione decorsi 24 mesi dalla data della sua organizzazione iniziale;
- f) l'NFE non è stata un'Istituzione Finanziaria negli ultimi cinque anni e sta liquidando le sue attività o si sta riorganizzando al fine di continuare o ricominciare a operare in un'attività economica diversa da quella di un'Istituzione Finanziaria;
- g) l'NFE si occupa principalmente di operazioni di finanziamento e operazioni di copertura con o per conto di Entità Collegate che non sono Istituzioni Finanziarie e non fornisce servizi di finanziamento o di copertura a Entità che non siano Entità Collegate, a condizione che il gruppo di tali Entità Collegate si occupi principalmente di un'attività economica diversa da quella di un'Istituzione Finanziaria;
- h) l'NFE soddisfa tutti i seguenti requisiti:
 - 1) è stata costituita ed è gestita nel suo Stato membro o in altra giurisdizione di residenza esclusivamente per finalità religiose, caritatevoli, scientifiche, artistiche, culturali, sportive o educative; o è stata costituita ed è gestita nel suo Stato membro o in altra giurisdizione di residenza ed è un'organizzazione professionale, un'unione di operatori economici, una camera di commercio, un'organizzazione del lavoro, un'organizzazione agricola o orticola, un'unione civica o un'organizzazione attiva esclusivamente per la promozione dell'assistenza sociale;
 - 2) è esente dall'imposta sul reddito nel suo Stato membro o in altra giurisdizione di residenza;
 - 3) non ha azionisti o soci che hanno un interesse a titolo di proprietari o di beneficiari sul suo reddito o sul patrimonio;
 - 4) le leggi applicabili dello Stato membro o altra giurisdizione di residenza dell'NFE o gli atti costitutivi dell'NFE non consentono che il reddito o patrimonio dell'NFE siano distribuiti o destinati a beneficio di un privato o di un'Entità non caritatevole, se non nell'ambito degli scopi di natura caritatevole dell'Entità, a titolo di pagamento di una remunerazione congrua per i servizi resi, ovvero a titolo di pagamento del valore equo di mercato di beni acquistati dall'NFE; e
 - 5) le leggi applicabili dello Stato membro o altra giurisdizione di residenza dell'NFE o gli atti costitutivi dell'NFE prevedono che, all'atto della liquidazione o dello scioglimento dell'NFE, tutto il suo patrimonio sia distribuito ad un'Entità Statale o altra organizzazione senza scopo di lucro, o sia devoluto al governo dello Stato membro o altra giurisdizione di residenza dell'Entità Non Finanziaria o a una sua suddivisione politica.
- i) l'NFFE è un governo non statunitense, un governo di un Territorio degli Stati Uniti, un'organizzazione internazionale, una banca centrale di emissione non statunitense, o un'entità interamente controllata da uno o più di detti soggetti.

Direct Reporting NFFE/Sponsored Direct Reporting NFFE

(Solo FATCA): l'NFFE non è residente in Italia e si qualifica come Direct Reporting NFFE ovvero come Sponsored Direct Reporting NFFE ai sensi dei pertinenti Regolamenti del Tesoro statunitense.

Altri Soggetti esclusi

Ai sensi dell'art. 6 del Decreto 6 Agosto 2015 - Decreto di attuazione della legge 18 giugno 2015, n. 95 - o in base ai Regolamenti del Tesoro statunitense.

Passive NFFE

Con il termine Passive NFFE si intende ogni entità non finanziaria estera:

- il cui reddito lordo generato da passive income (dividendi, interessi, affitti, royalties, ecc.) nel precedente anno solare (o altro appropriato periodo di reporting) superiore al 50% del totale;
- assets che producono o sono detenuti per produrre passive income, superiori al 50% degli assets totali detenuti durante il precedente anno solare (o altro appropriato periodo di reporting).

Titolari effettivi

Il termine titolare effettivo (Controlling Person) designa la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano un'entità, ovvero ne risultano beneficiari. Nel caso di entità classificate come Passive NFE, la Compagnia è tenuta a verificare se il/i titolare/i effettivo/i è classificabile come Reportable Person.

Reportable Person (solo CRS)

Sono considerati Soggetti reportable, ai fini CRS una Persona di uno Stato membro diversa da:

- i) Una società di capitali le cui azioni sono regolarmente quotate su uno o più mercati regolamentati;
- ii) Una società di capitali che è un'Entità Collegata di una società di capitali di cui al punto i);

- iii) Un'entità Statale;
- iv) Un'organizzazione internazionale;
- v) Una Banca Centrale;
- vi) Un'Istituzione Finanziaria.

Prove Documentali

Si intende uno dei documenti seguenti: a) un certificato di residenza rilasciato da un ente pubblico autorizzato (per esempio lo Stato o un'agenzia dello stesso, ovvero un comune) dello Stato membro o di un'altra giurisdizione in cui il beneficiario dei pagamenti afferma di essere residente; b) con riferimento a una persona fisica, un documento d'identità valido rilasciato da un ente pubblico autorizzato (per esempio lo Stato o un'agenzia dello stesso, ovvero un comune), contenente il nome della persona fisica e che viene comunemente utilizzato ai fini identificativi.

Residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA

Ai fini della normativa FATCA vigente si considera "residente fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA" il soggetto che possiede almeno uno dei seguenti requisiti:

- a) sia "Cittadino Statunitense", intendendosi per tale anche la persona che è nata negli Stati Uniti d'America e non è più ivi residente o non lo è mai stato (c.d. cittadinanza per nascita);
- b) sia residente stabilmente negli USA;
- c) sia in possesso della "Green Card", rilasciata dall'"Immigration and Naturalization Service";
- d) abbia soggiornato negli USA per il seguente periodo minimo:
 - 31 giorni nell'anno di riferimento e,
 - 183 giorni nell'arco temporale di un triennio, calcolati computando:
 - interamente i giorni di presenza nell'anno di riferimento;
 - un terzo dei giorni di presenza dell'anno precedente;
 - un sesto dei giorni di presenza per il secondo anno precedente.

Non si considera tuttavia "residente fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA":

- a) l'insegnante che ha soggiornato temporaneamente negli Stati Uniti se in possesso di una visa del tipo "j" o "Q";
- b) lo studente che ha soggiornato temporaneamente negli Stati Uniti se in possesso di una visa del tipo "j", "Q" "F" o "M";
- c) il soggetto che ha soggiornato temporaneamente negli Stati Uniti a seguito di incarichi di Governi esteri presso ad esempio ambasciate, consolati ed organizzazioni internazionali;
- d) il coniuge o il figlio non sposato di età inferiore ai 21 anni di una delle persone descritte nei punti precedenti.

Residenza fiscale

Ai fini della presente auto-certificazione, l'espressione "residente fiscale" designa ogni persona che, in virtù della legislazione di un determinato Stato, è assoggettata ad imposta nello stesso Stato, a motivo del suo domicilio, della sua residenza o di ogni altro criterio di natura analoga. Tuttavia, tale espressione non comprende le persone che sono assoggettate ad imposta in tale Stato soltanto per il reddito che esse ricavano da fonti situate in detto Stato o per il patrimonio ivi situato.

U.S. TIN (TIN statunitense o codice fiscale statunitense)

Designa un codice di identificazione fiscale federale degli Stati Uniti. Il codice è obbligatorio nel caso in cui il cliente si dichiara cittadino U.S.A. o residente fiscalmente negli U.S.A.

U.S. Person

(Persona statunitense) designa un cittadino statunitense, una persona fisica residente negli Stati Uniti, una società di persone o altra entità fiscalmente trasparente ovvero una società di capitali organizzata negli Stati Uniti o in base alla legislazione degli Stati Uniti o di ogni suo Stato, un trust se un tribunale negli Stati Uniti, conformemente al diritto applicabile, ha competenza a emettere un'ordinanza o una sentenza in merito sostanzialmente a tutte le questioni riguardanti l'amministrazione del trust, e (ii) una o più persone statunitensi hanno l'autorità di controllare tutte le decisioni sostanziali del trust, o di un'eredità giacente di un de cuius che è cittadino statunitense o residente negli Stati Uniti.

Proposta n.

ACTIVE VITA

Assicurazione di puro rischio con le seguenti garanzie:

Garanzia Temporanea caso morte a capitale costante/decescente e premio annuo costante
Garanzia Temporanea caso morte a capitale costante e premio annuo costante su due Teste

Garanzia Instant Benefit
Garanzia Complementare Infortuni

Garanzia Malattie Gravi Anticipativa
Garanzia Malattie Gravi Stand Alone
Garanzia Non Autosufficienza a rendita limitata

Garanzia Assistenza

Contraente:

Intermediario:

Questionario per l'analisi dei bisogni (IDD) n.

INFORMAZIONI PER IL CONTRAENTE

Mezzi di pagamento	<p>Il pagamento del premio, alla sottoscrizione del contratto e alle periodicità successive (<u>in caso di frazionamento diverso dal mensile</u>), può essere effettuato tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bonifico bancario (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto, fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Compagnia si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato direttamente a Società Cattolica di Assicurazioni S.p.A.; - bonifico postale, postagiuro, bollettino postale (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto; - assegno recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato a: "XXX", in qualità di Agente di Cattolica Assicurazioni; - carta di debito o carta di credito; - reinvestimento di capitali provenienti da polizze vita o di capitalizzazione sottoscritte con la Compagnia. <p>Il pagamento del premio delle periodicità successive alla prima può essere effettuato anche tramite SDD (Sepa Direct Debt).</p> <p><u>In caso di frazionamento mensile è obbligatorio effettuare il pagamento delle rate successive alla prima tramite SDD.</u></p> <p>È escluso il pagamento del premio in contanti o con modalità diverse da quelle sopra indicate.</p>
Conclusione del contratto	<p>Il contratto si ritiene concluso e produce i propri effetti, sempre che la Compagnia non abbia comunicato per iscritto la mancata accettazione della proposta, alla data decorrenza XXXX.</p> <p>Il contratto produce effetti alla data suddetta a condizione che sia stato corrisposto il premio convenuto. In caso di mancata accettazione, la Compagnia restituirà al Contraente le somme eventualmente anticipate. Qualora, prima della conclusione del contratto, si verifichi il decesso del Contraente ovvero dell'Assicurato, la Compagnia rimborserà, nel primo caso agli eredi del Contraente e nel secondo caso al Contraente medesimo, il premio da questi corrisposto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di decesso. La Compagnia invia al Contraente una lettera di conferma in cui sono contenute le informazioni relative al contratto circa la data di decorrenza e il premio versato.</p>
Diritto di revoca	<p>Prima della data di decorrenza del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, inviando comunicazione scritta alla sede della Compagnia, mediante fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia. La revoca della proposta pervenuta alla Compagnia successivamente alla decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida. La Compagnia considererà inoltre valida la revoca della proposta fatta pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente entro i termini sopraindicati. La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.</p>
Diritto di recesso	<p>Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza dello stesso. Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 045-8372317 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Ufficio Gestione Canali Proprietari – Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano – Italia.</p> <p>La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite l'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.</p> <p>Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto.</p> <p>Qualora il Contraente abbia versato un ulteriore premio annuo per l'assicurazione complementare infortuni o per la garanzia di assistenza, in caso di recesso tale importo verrà restituito al netto delle imposte di legge.</p>

DATI GENERALI DI PROPOSTA

Contraente

Assicurato

**Legale
Rappresentante
o Delegato**

**Forma
assicurativa,
Prestazioni,
Efficacia del
contratto**

Beneficiari

**Esigenze di
riservatezza**

Premi

**Mandato per
addebito
diretto SEPA**

ADEMPIMENTI ANTIRICICLAGGIO - FATCA E CRS**MODULO PER L'IDENTIFICAZIONE E L'ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA
(Artt. 15 e ss. D. Lgs. 231/2007 e s.m.i. e Regolamento IVASS n. 44 del 12 Febbraio 2019)****INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)**

- Gentile cliente, i dati personali da riportare nel presente modulo sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge [Decreto legislativo n. 231/2007 e s.m.i.] in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è necessario ai sensi dell'art. 33 del Regolamento IVASS N. 44 del 12 Febbraio 2019 al fine di consentire il rispetto degli obblighi di adeguata verifica. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste può comportare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta o, in caso di rapporti continuativi già in essere, la loro chiusura, previa restituzione dei fondi, strumenti e altre disponibilità finanziarie di Sua spettanza mediante bonifico su conto da Lei indicato. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo.
- La Società, ritenendo di primaria importanza la tutela dei Dati Personali degli Interessati, ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) che potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo e-mail dpo@cattolicaassicurazioni.it per ogni tematica riguardante la protezione dei dati personali.

Inoltre, ai sensi della Legge 18 Giugno 2015, n. 95 e Direttiva 2014/107/UE del Consiglio del 9 Dicembre 2014 la Compagnia è tenuta alla raccolta delle informazioni relative alla fiscalità internazionale.

Si invita la Gentile Clientela a prendere visione delle definizioni rese nel Glossario allegato alla documentazione contrattuale.

Contraente

Assicurato

**Esecutore per conto del
Contraente**

**Titolare effettivo del
Contraente**

Soggetto pagatore

**Soggetto pagatore per le rate
successive**

**Esecutore per conto del
Soggetto pagatore**

**Esecutore per conto del
Soggetto pagatore delle rate
successive**

**Titolare effettivo del Soggetto
pagatore**

**Titolare effettivo del Soggetto
pagatore delle rate
successive**

Beneficiari

Mezzo di pagamento

Cointestatario

Tipo di apertura della polizza

Tipo di prodotto

Scopo prevalente del rapporto

Tipo di operazione

Origine dei fondi

Area geografica in cui è stato instaurato il rapporto

Provenienza fondi

Ulteriori informazioni sul Contraente

Informazioni patrimoniali del Contraente

ADEMPIMENTI FATCA E CRS

FATCA

CRS

Titolare effettivo del Contraente

Avvertenza: Le risposte fornite sono state scelte tra diverse opzioni poste all'attenzione del Contraente.

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto / dell'operazione.

Il sottoscritto afferma di essere stato informato sulla necessità di dichiarare, per ogni singola operazione posta in essere, se sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo e a fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione dell'eventuale/degli eventuali diverso/i Titolare/i Effettivo/i.

Questionario di valutazione della coerenza del prodotto

Gentile Cliente, la compilazione del presente questionario è mirata ad acquisire le informazioni necessarie al fine di proporre un contratto coerente con le Sue esigenze assicurative. Le chiediamo pertanto la Sua collaborazione per aiutarci a offrirLe le garanzie assicurative maggiormente rispondenti alle Sue esigenze.

La mancanza di tali informazioni ostacola la corretta valutazione del fabbisogno assicurativo e non consente, quindi, l'emissione della presente polizza.

A. Informazioni sullo stato occupazionale

A1 Qual è attualmente il suo stato occupazionale?

B. Informazioni sulle persone da tutelare

B1 Lei ha eventuali soggetti da tutelare (familiari a carico o altri soggetti)?

C. Informazioni sull'attuale situazione assicurativa

C1 Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?

D. Informazioni sulla situazione finanziaria

D1 Qual è la Sua capacità di risparmio medio annuo?

D2 Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le Sue aspettative sulla crescita futura dei suoi redditi personali?

E. Informazioni sulle aspettative in relazione al contratto

E1 Quali sono gli obiettivi assicurativo-previdenziali che intende perseguire con il contratto?

E2 Qual è l'orizzonte temporale che si prefigge per la realizzazione degli obiettivi?

E3 Qual è la sua propensione al rischio, e conseguentemente le sue aspettative di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto?

E4 Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo-previdenziali attraverso:

E5 Qual è la probabilità di aver bisogno dei suoi risparmi nei primi anni di contratto?

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (di seguito REG. UE)**1. Titolare del trattamento dei dati personali**

Titolare del trattamento dei dati personali è la Società Cattolica di Assicurazione S.p.A., con sede legale in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16 di seguito anche la "Società" o il "Titolare", Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. – Trieste – Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi al n.026.

2. Responsabile della Protezione dei dati personali

La Società, ritenendo di primaria importanza la tutela dei Dati Personali degli Interessati, ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) che potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo e-mail dpo@cattolicaassicurazioni.it per ogni tematica riguardante la protezione dei dati personali.

3. Dati personali oggetto di trattamento e fonte dei dati

Il Titolare tratta le seguenti categorie di dati personali: dati anagrafici, dati economico – finanziari; dati relativi allo stato di salute (di seguito, "Dati particolari"); dati inerenti a eventuali condanne penali e/o reati ("Dati giudiziari"), in presenza di una previsione normativa o di un'indicazione dell'Autorità Giudiziaria; dati relativi ai bisogni assicurativi del cliente.

I dati personali trattati potranno essere raccolti direttamente presso di Lei ovvero da altri soggetti quali ad esempio contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, intermediari assicurativi, nonché presso fonti pubbliche e/o pubblicamente accessibili, oltre che presso fornitori d'informazioni commerciali e creditizie, che costituiscono fonte ex art. 14 del Reg. UE.

4. Finalità - Base giuridica del trattamento - Natura del conferimento dei dati personali

I Suoi dati personali saranno trattati dal Titolare per le seguenti finalità:

a) Finalità Assicurativa:

I. **Proposizione, conclusione ed esecuzione del contratto assicurativo e dei connessi servizi assicurativi e strumentali** (come ad esempio la verifica dei requisiti assuntivi per l'emissione del contratto e la quotazione del relativo premio, la liquidazione delle prestazioni, etc.) **e dei relativi adempimenti normativi** (quali ad esempio la valutazione di adeguatezza dei contratti proposti, gli adempimenti in materia di antiriciclaggio ed antiterrorismo, la tenuta dei registri assicurativi, la gestione all'Area Riservata del sito internet della Società e la gestione dei reclami).

In relazione a tali finalità il trattamento dei dati risulta necessario sia per l'esecuzione del contratto ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. b) Reg. UE, sia per l'adempimento di obblighi di legge previsti dalla normativa di settore, ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. c) Reg. UE e dell'art. 2-ter D.Lgs. 196/2003 s.m.i.. In particolare, la base giuridica per il trattamento dei dati particolari è il consenso ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. a) Reg. UE;

II. **Attività di tariffazione e sviluppo di nuovi prodotti;**

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. f) Reg. UE consistente nella definizione di nuovi prodotti;

III. **Difesa dei diritti del Titolare in sede giudiziaria ed extragiudiziaria;**

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. f) Reg. UE consistente nella tutela degli interessi e diritti propri;

IV. **Comunicazione dei dati relativi al contratto stipulato alle società del Gruppo di appartenenza per finalità amministrative e contabili;**

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nell'esigenza di comunicare i dati dei clienti fra le società del Gruppo di appartenenza per necessità amministrative e contabili;

V. **Comunicazione dei dati a coassicuratori e riassicuratori, nonché ad altri soggetti appartenenti alla catena assicurativa¹ per la gestione del rischio assicurato;**

La base giuridica per il trattamento dei dati è il legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nell'esigenza di comunicare i dati dei clienti per la gestione del rischio assicurato. In particolare, la base giuridica per il trattamento dei dati particolari è il consenso ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. a) Reg. UE.

¹ Per soggetti facenti parte della "catena assicurativa" si intende ad es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.

PRIVACY

Il conferimento dei dati personali è necessario per le finalità di cui alla lettera a) I, II, III, IV, V pertanto, l'eventuale omesso conferimento dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di concludere e dare esecuzione al contatto assicurativo.

b) Invio diretto di comunicazioni commerciali via e-mail relative a prodotti o servizi del Titolare analoghi a quelli acquistati, c.d. "soft spam";

La base giuridica per il trattamento dei dati è il perseguimento del legittimo interesse ai sensi dell'art. 6, par. 1 lett. f) Reg. UE consistente nella promozione via e-mail di prodotti o servizi analoghi rispetto agli acquisti dell'interessato a norma dell'art. 130, comma 4 del D. Lgs. 196/2003 s.m.i. (cd. "soft spam"), comunicazioni che verranno inviate all'indirizzo e-mail fornito dal cliente in sede di stipula della polizza.

Il conferimento dei dati per questa finalità è facoltativo e resta fermo il Suo diritto di opporsi in ogni momento a tale trattamento, agevolmente e gratuitamente, coi modi indicati nella sezione "Diritti dell'interessato" della presente informativa e/o con quelli indicati all'interno delle comunicazioni commerciali che Le saranno di volta in volta inviate;

c) Finalità di marketing effettuata dal Titolare, con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto² consistenti, ad esempio, nell'invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario, compimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità del servizio erogato e la soddisfazione del cliente;

d) Finalità di profilazione commerciale effettuata dal Titolare, sia con l'intervento umano sia in modalità automatizzata. In particolare, definendo il profilo dell'interessato in base all'analisi dei suoi bisogni, abitudini e consumi al fine di poter offrire proposte personalizzate e/o coerenti con le sue necessità e caratteristiche.

e) Finalità di marketing per conto di terzi, effettuato dal Titolare, (con modalità tradizionali e con modalità automatizzate di contatto), mediante l'invio di comunicazioni commerciali e di materiale pubblicitario relativo a prodotti o servizi di tali soggetti terzi appartenenti a determinate categorie merceologiche (editoria, automotive, servizi finanziari, bancari e assicurativi, grande distribuzione, servizi sociosanitari, information technology, telecomunicazioni, trasporti, energia);

f) Finalità di comunicazione dei Suoi dati personali ad altre Società del Gruppo di appartenenza, nonché a soggetti terzi appartenenti a determinate categorie merceologiche (sopra indicate alla lettera e) **per loro fini di marketing**. Detti soggetti Le rilasceranno, quali Titolari Autonomi di trattamento una separata informativa;

g) Finalità di comunicazione dei Suoi dati personali al Suo intermediario di riferimento, per proprie finalità di marketing. Lo stesso Le rilascerà, quale Titolare Autonomo di trattamento una separata informativa.

In riferimento alle finalità indicate dalla lettera c) alla lettera g), la base giuridica per il trattamento dei dati è il consenso ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. a) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è facoltativo, pertanto, l'eventuale omessa comunicazione dei dati personali richiesti non determina l'impossibilità di concludere e dare esecuzione al contatto assicurativo.

5. Destinatari dei dati personali

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate, i Suoi Dati Personali potranno essere comunicati alle/conosciuti dalle seguenti categorie di destinatari:

- il personale alle dipendenze del Titolare, previa nomina quali persone autorizzate al trattamento;
- soggetti terzi³ coinvolti nella gestione dei rapporti con lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa.

I soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso.

L'elenco aggiornato dei suddetti destinatari è disponibile presso il Titolare, come pure l'estratto di eventuali accordi di

² Di cui all'art. 130, cc. 1, 2, 3, del D. Lgs. 196/2003 s.m.i., tramite attività svolte, oltre che con interviste personali, questionari, posta cartacea, telefono - anche cellulare - tramite operatore o anche mediante l'utilizzo di sistemi automatizzati di chiamata, o con altri strumenti automatizzati, quali ad esempio, posta elettronica, fax, messaggi del tipo Mms o Sms o di altro tipo, sistemi di messaggistica istantanea e applicazioni web.

³ Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (vedi nota 1), nonché società del Gruppo di appartenenza, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi., ecc.; Agenzia delle Entrate e Autorità di Vigilanza e di Controllo, Enti previdenziali

PRIVACY

contitolarietà che possono essere richiesti scrivendo al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it, oppure al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo dpo@cattolicaassicurazioni.it.

I dati personali raccolti non sono oggetto di diffusione.

6. Modalità di trattamento

Nell'ambito delle finalità indicate al precedente punto 4), il trattamento dei Suoi Dati avverrà nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, esattezza, pertinenza e non eccedenza, adottando misure di sicurezza organizzative, tecniche ed informatiche adeguate.

I dati raccolti saranno trattati mediante strumenti cartacei e/o con modalità automatizzate, ivi inclusi i processi decisionali automatizzati che la Società adotta a titolo esemplificativo e non esaustivo per la verifica dei requisiti assuntivi cui è subordinata l'emissione del contratto, per la valutazione di adeguatezza dei contratti proposti rispetto ai bisogni dei clienti e per lo svolgimento dei controlli antiriciclaggio.

7. Trasferimento dei Dati all'estero

Ove necessario, i Suoi dati potranno essere trasferiti, da parte della Società, verso Paesi Terzi fuori dallo Spazio Economico Europeo. In tali casi il trasferimento avverrà nel rispetto delle condizioni indicate dagli artt. 44 e ss. del Reg. UE, ovvero nei confronti di Paesi per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, sulla base di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea⁴ oppure in applicazione di specifiche deroghe previste dal Reg. UE.

È possibile richiedere maggiori informazioni in merito ai trasferimenti di dati effettuati ed alle garanzie a tal fine adottate, inviando una e-mail al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it, oppure al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo dpo@cattolicaassicurazioni.it.

8. Tempi di conservazione dei dati personali

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte e comunque conservati per periodi di tempo diversi a seconda delle finalità per le quali sono trattati, in conformità della normativa tempo per tempo applicabile.

In particolare, i dati personali trattati per le finalità assicurative indicate alla lettera a) del precedente paragrafo 4 saranno conservati di regola per 10 anni decorrenti dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto e comunque non oltre 24 mesi da tale termine in caso di soft spam (lettera b)).

In caso di dati relativi alla liquidazione della prestazione gli stessi saranno conservati per 5 anni dalla data della eliminazione del sinistro senza pagamento, o dalla data del pagamento di tutti gli importi dovuti.

I dati trattati per le finalità di marketing indicate alle lettere c), e), f) e g) del precedente paragrafo 4 saranno conservati per 36 mesi dal momento dell'acquisizione del consenso, mentre i dati trattati per la finalità di profilazione indicata alla lettera d) del precedente paragrafo 4 saranno conservati per 24 mesi dal momento dell'acquisizione del consenso.

In ogni caso resta salva la possibilità di conservare i dati sopra descritti per la necessità di tutelare i diritti del Titolare in ogni sede amministrativa, civile, penale e stragiudiziale.

9. Diritti dell'interessato

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Reg.UE inviando apposita richiesta a mezzo e-mail al Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo dpo@cattolicaassicurazioni.it, oppure al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@cattolicaassicurazioni.it.

Il Reg. UE all'art. 15 e seguenti conferisce all'interessato:

- a) il diritto di revoca del consenso prestato;
- b) il diritto di accesso, ossia la possibilità di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento e di acquisire informazioni in merito a: finalità del trattamento in corso, categorie di dati personali in questione, destinatari dei dati in particolare se Paesi terzi, il periodo di conservazione, ove possibile, e le modalità del loro trattamento;
- c) il diritto alla rettifica e all'integrazione dei dati;
- d) il diritto alla loro cancellazione, ogniqualvolta i dati non siano necessari rispetto alle finalità, oppure qualora decidesse di revocare il consenso, o si opponesse al trattamento, o ancora qualora i dati fossero trattati illecitamente, o cancellati per un obbligo di legge;

⁴ La selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati od operanti in Paesi considerati sicuri dalla Commissione Europea, nel rispetto delle raccomandazioni 01/2020 adottate il 10 novembre 2020 dal Comitato Europeo per la Protezione dei Dati. In subordine, i trasferimenti potrebbero essere necessari sulla base di una delle deroghe di cui all'art. 49 Reg. UE, per esempio con il consenso informato dell'interessato o per eseguire un contratto concluso tra l'interessato e il Titolare del trattamento ovvero misure precontrattuali adottate su istanza dell'interessato, o un contratto stipulato tra il Titolare del trattamento e un'altra persona fisica o giuridica a favore dell'interessato, ovvero per importanti motivi di interesse pubblico o per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o, ancora, per tutelare gli interessi vitali dell'interessato o di altre persone qualora l'interessato si trovi nell'incapacità fisica o giuridica di prestare il proprio consenso.

PRIVACY

- e) il diritto alla limitazione del trattamento nel caso in cui contesti l'esattezza dei dati personali per il periodo necessario per effettuare le relative verifiche, oppure il trattamento sia illecito, o qualora benché il Titolare del trattamento non abbia più bisogno dei suoi dati, lei richieda la conservazione per finalità giudiziarie, o qualora si sia opposto al trattamento in attesa della verifica dell'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del Titolare;
- f) il diritto alla portabilità dei dati ad altro Titolare, qualora il trattamento avvenga con mezzi automatizzati o sia basato sul consenso o sul contratto;
- g) il diritto di opporsi al trattamento qualora il trattamento si basi sul legittimo interesse. Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i suoi dati personali a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto della Società;
- h) il diritto a proporre reclamo avanti all'Autorità (Garante italiano per la protezione dei dati personali, <https://www.garanteprivacy.it>).

Nei casi di esercizio dei diritti di cui alle lettere c), d), ed e), l'interessato ha diritto di richiedere i destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali e quindi le eventuali comunicazioni di rettifica, cancellazione o limitazione del trattamento.

Il Titolare I.r.p.t.

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso visione dell'informativa sopra riportata:

CONSENTO **NON CONSENTO**

al trattamento dei dati particolari (stato di salute) **per le finalità relative all'attività assicurativa** (quali indicate al punto 4. lett. a)), da parte del Titolare

CONSENTO **NON CONSENTO**

al trattamento dei dati personali per **finalità di marketing effettuata dal Titolare** (quali indicate al punto 4. lett. c))

CONSENTO **NON CONSENTO**

al trattamento dei dati personali **per finalità di profilazione commerciale effettuata dal Titolare** (quali indicate al punto 4. lett. d))

CONSENTO **NON CONSENTO**

al trattamento dei dati personali **per finalità di marketing per conto terzi** (quali indicate al punto 4. lett. e))

CONSENTO **NON CONSENTO**

alla comunicazione dei dati personali ad altre Società del Gruppo di appartenenza nonché a soggetti terzi per proprie finalità di marketing (quali indicate al punto 4. lett. f))

CONSENTO **NON CONSENTO**

alla comunicazione dei dati personali all'intermediario di riferimento per proprie finalità di marketing (quali indicate al punto 4. lett. g))

DICHIARO DI OPPORMI all'invio diretto di comunicazioni commerciali via e-mail relative a prodotti o servizi del Titolare analoghi a quelli acquistati, c.d. "soft spam" (quali indicate al punto 4. lett. b))

Dichiaro che i flag apposti nei campi "consensi" soprastanti, corrispondono alla mia manifestazione di volontà, anche qualora siano stati inseriti a sistema per mio conto dall'operatore incaricato solo successivamente alle mie dichiarazioni.

QUESTIONARIO SANITARIO

AVVERTENZE: 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.

Prima della sottoscrizione, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario.

Altezza (cm):

XXX

Peso (kg):

XXX

Si trova in una o più delle seguenti situazioni: 1) è stato infettato dal coronavirus; 2) ha manifestato, nel corso degli ultimi 14 giorni,

sintomi di Covid-19 come febbre accompagnata da tosse, difficoltà respiratorie, distorsione o perdita del senso del gusto o dell'olfatto; 3)

sta assistendo persone infettate dal coronavirus? In caso affermativo, selezioni ciò che corrisponde alla sua situazione.

No

1. Nel corso degli ultimi 10 anni è mai stato ricoverato (anche per una sola notte) in un ospedale, un centro di riabilitazione, un centro di

cura, a causa di malattie, infezione da HIV, incidenti, lesioni o consumo di sostanze (alcol o droghe) o ha subito un intervento chirurgico? (Non è necessario dichiarare interventi di chirurgia estetica, appendicectomia, parto, vasectomia, riduzione del seno).

No

2. Nel corso degli ultimi 5 anni, le è stato consigliato o ha pianificato di sottoporsi a: accertamenti sanitari, esami medici, visite medico

specialistiche, ricoveri ospedalieri, trattamenti di riabilitazione o un intervento chirurgico?

No

3. Viene attualmente o è stato nel corso degli ultimi 5 anni, visitato da un infettivologo, un oncologo, un cardiologo, un neurologo, uno

psichiatra, uno psicologo o medico di medicina alternativa, a scopo di consulenza, trattamento, valutazione specialistica?

No

4. Assume attualmente medicinali O nel corso degli ultimi 3 anni ha assunto medicinali regolarmente o in forma continuativa per periodi

superiori a 3 settimane?

NO

Ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Compagnia l'Assicurato dichiara, unitamente al Contraente se persona diversa,

assumendosi ogni responsabilità, consapevole che le notizie ed i dati di ordine sanitario ed informativo costituiscono elemento

fondamentale per la valutazione del rischio, di aver risposto con esattezza e in modo veritiero al questionario circa il suo stato di salute.

Proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che hanno o potranno in futuro curare o visitare e le altre persone alle quali la Compagnia volesse rivolgersi per informazioni.

Dichiarazione NON FUMATORE:

Ai fini dell'applicazione delle condizioni contrattuali relative alla tariffa per non fumatore, l'Assicurato dichiara, unitamente al Contraente, se persona diversa, che quest'ultima è NON FUMATORE nel senso che non abbia mai fumato (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche, etc.), neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione del Modulo di Proposta.

Ai fini dell'accettazione del rischio da parte della Compagnia l'Assicurato dichiara, unitamente al Contraente se persona diversa, assumendosi ogni responsabilità, consapevole che le notizie ed i dati di ordine sanitario ed informativo costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio, di aver risposto con esattezza e in modo veritiero al questionario circa il suo stato di salute, ivi inclusa la dichiarazione dello stato di Non Fumatore. Proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che hanno o potranno in futuro curare o visitare e le altre persone alle quali la Compagnia volesse rivolgersi per informazioni.

FAC - SIMILE

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione del set informativo prima della sottoscrizione del contratto, nonché dell'informativa precontrattuale contenente le informazioni sull'intermediario e sulle regole che è tenuto a seguire nei confronti dei clienti, sui potenziali conflitti di interesse e sugli strumenti di tutela del cliente, sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita qualora prevista e sulle remunerazioni percepite (documenti predisposti e rilasciati dall'intermediario).

Il Contraente, essendo stato avvertito della possibilità di ricevere il set informativo attraverso chiavetta USB (modalità non cartacea) o in modalità cartacea, sceglie la modalità:
NON CARTACEA (consegna su chiavetta USB)
CARTACEA

Dichiara altresì di disporre di adeguati strumenti tecnici e conoscenze che gli consentono di consultare e gestire autonomamente i documenti in formato file elettronico .PDF, archiviati sul supporto durevole.
Resta ferma la possibilità di richiedere gratuitamente al Collocatore copia cartacea della documentazione.
Dichiara inoltre di essere consapevole che la versione aggiornata dei predetti documenti è disponibile nel sito della Compagnia e/o presso il Collocatore.

Il sottoscritto:

- esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile;
- dichiara di avere il domicilio (ai sensi dell'art 43, 1° comma, del codice civile) in Italia o in uno Stato nel quale la Compagnia sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi;
- dichiara di autorizzare la Compagnia a richiedere l'addebito sul conto corrente indicato nel mandato per addebito diretto, riportato di seguito;
- dichiara di autorizzare la banca del debitore a procedere con l'addebito sul conto corrente indicato nel mandato per addebito diretto, riportato di seguito;
- in deroga alle disposizioni della normativa vigente che prevede la notifica del preavviso di addebito almeno 14 giorni di calendario prima della scadenza, il sottoscritto dichiara che l'allegato A – consegnato contestualmente al mandato consegnato contestualmente alla lettera di conferma e nel quale sono indicati l'importo e la data di scadenza degli addebiti – vale come comunicazione di preavviso;
- dichiara di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di assicurazione consegnate;
- accetta integralmente il contenuto delle stesse, ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconosce la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della normativa antiriciclaggio, ove applicabile;
- dichiara di essere a conoscenza che il contratto è concluso e produce i propri effetti secondo le modalità definite all'Art. 1 delle Condizioni di assicurazione.

DICHIARAZIONE DI INCASSO

Dichiaro che il premio di perfezionamento di euro XXXX è stato incassato, salvo buon fine, in data XXXX.

Mezzo di pagamento del premio di perfezionamento

Mezzo di pagamento del premio per le rate successive

Mandato per addebito diretto SEPA

Attesto di aver effettuato la rilevazione dei dati ai sensi del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i. e di aver verificato l'autenticità delle firme che precedono.

L'intermediario

L'Agenzia XXXX