

Assicurazione di protezione con garanzie selezionabili

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



Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.
Prodotto: ACTIVE VITA

Data di aggiornamento: 06/10/2022 - Il DIP Aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

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

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE S.p.A., Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona; Tel. 0458391111; Sito internet: www.cattolica.it; E-mail: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it.

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A., 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. 26.

Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962.

Società con sede legale in Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona - Italia, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29/04/1923 ed iscritta all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00012.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 2.189 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 685 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.497 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.278 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 537 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 2.597 milioni di euro (b);
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 2.065 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,03 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.cattolica.it/ir

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita e nel DIP Danni, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni relative alle garanzie offerte.

Ramo Vita:

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita, si forniscono le seguenti informazioni integrative alla prestazione prevista dal contratto nel caso in cui il **Contraente abbia selezionato la garanzia alla sottoscrizione:**

Prestazione in caso di Decesso (garanzia TCM a capitale decrescente e premio annuo costante limitato e TCM a capitale costante e premio annuo costante):

- in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, è prevista la corresponsione di un capitale ai

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

Prestazione in caso di Decesso (garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati):

- in caso di decesso dell'Assicurato e/o del Secondo Assicurato prima della scadenza contrattuale, è prevista la corresponsione di un capitale ai beneficiari designati. 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. L'importo minimo di capitale assicurabile per l'assicurazione in caso di decesso è pari a 50.000,00 Euro.

Per poter selezionare questa garanzia, i due Assicurati devono essere una coppia coniugata, convivente o legata con unione civile aventi la medesima residenza. La differenza di età tra l'Assicurato e il Secondo Assicurato non potrà essere superiore a 20 anni.

Prestazione in caso di Malattie Gravi:

- nel caso in cui venga diagnosticato all'Assicurato una delle malattie gravi coperte dalla garanzia che comporti una invalidità superiore o uguale al 5%, è prevista la corresponsione all'Assicurato di un capitale minimo pari a 25.000 Euro e massimo pari a 150.000 Euro. In caso di selezione della garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante o TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati, il capitale assicurato Malattie Gravi non potrà eccedere il capitale assicurato 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 relativo alla garanzia Malattie Gravi Anticipativa, non può superare i limiti sopra indicati.

Alla sottoscrizione il Contraente potrà selezionare una delle due opzioni:

- copertura delle 3 seguenti malattie gravi: Cancro; Infarto del miocardio (attacco cardiaco); Ictus;
- copertura delle seguenti 12 malattie gravi: 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.

Prestazione in caso di Malattie Gravi Anticipativa:

- nel caso in cui venga diagnosticato all'Assicurato una delle malattie gravi coperte dalla garanzia che comporti una invalidità superiore o uguale al 5%, è prevista la corresponsione di un capitale pari al 20% del capitale in caso di decesso con il massimo di 150.000 Euro.

La presente garanzia può essere selezionata solo in caso di attivazione della garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante o TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati (in quest'ultimo caso esclusivamente sull'Assicurato).

Alla sottoscrizione il Contraente potrà selezionare una delle due opzioni:

- copertura delle 3 seguenti malattie: Cancro; Infarto del miocardio (attacco cardiaco); Ictus;
- copertura delle seguenti 12 malattie gravi: 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.

Prestazione in caso di Non Autosufficienza con rendita temporanea:

- nel caso in cui l'Assicurato non sia in grado di svolgere 4 attività su 6 attività elementari della vita quotidiana, è prevista la corresponsione di una rendita per 36 mensilità e comunque fino al decesso dell'Assicurato se precedente.

L'importo minimo della rendita è pari a 500,00 Euro e massimo pari a 2.000,00 Euro, con multipli di 100,00 Euro.

Prestazione in caso di Malattie Gravi "Terminal Illness":

- nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una malattia terminale che comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di sei mesi o meno, è prevista la corresponsione immediata del capitale previsto in caso di decesso in vigore al momento del riconoscimento dello stato di malattia terminale.

Prestazione in caso di Decesso "Instant Benefit":

- in caso di decesso dell'Assicurato, è prevista la corresponsione un capitale pari a 5.000,00 Euro, al Beneficiario nominativo e 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.

Prestazione complementare:

- nel caso in cui il decesso dell'Assicurato sia dovuto ad infortunio o, in alternativa, ad infortunio conseguente ad incidente stradale da circolazione, è prevista la corresponsione, al Beneficiario designato, di un ulteriore capitale pari al:
 - capitale assicurato della prestazione principale con il massimo di 250.000,00 Euro, in caso di decesso

- dell'Assicurato dovuto ad infortunio;
- doppio del capitale assicurato della prestazione in caso di decesso con il massimo di 500.000,00 Euro, in caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio conseguente ad incidente stradale da circolazione, nel caso in cui il Contraente abbia selezionato la presente opzione.

Per le prestazioni sopra riportate 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 che variano a seconda dell'ammontare del capitale assicurato e dell'età dell'Assicurato. E' tuttavia possibile limitarsi alla compilazione di un questionario sanitario. In tal caso, per:

- capitali iniziali 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 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;
- 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 concorrono al raggiungimento della soglia degli accertamenti richiesti; la stessa 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.

Rami danni:

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni integrative relativamente alle prestazioni Assistenza abbinate alla relativa garanzia Ramo Vita scelta in sottoscrizione:

Prestazioni di Assistenza abbinate al **MODULO PREMORIENZA:**

Informazioni per adempimenti burocratici: la Struttura Organizzativa fornisce informazioni di natura burocratica a favore dell'Assicurato in imminente pericolo di vita o ai beneficiari indicati in polizza a seguito del decesso dell'Assicurato.

Consulenza psicologica: la Struttura Organizzativa organizza un consulto telefonico psicologico con un professionista a favore dell'Assicurato in imminente pericolo di vita o ai beneficiari indicati in polizza a seguito del decesso dell'Assicurato.

Assistenza presso istituti di cura (veglie): la Struttura Organizzativa invia un operatore socio-sanitario presso l'Istituto di cura dove si trova ricoverato l'Assicurato in condizione di imminente pericolo di vita che ha necessità di essere assistito durante il periodo di degenza.

Collegamento continuo con Istituto di Cura: la Struttura Organizzativa fornisce un servizio di connessione continuo tra l'Assicurato ricoverato in Istituto di Cura ed in imminente pericolo di vita ed i beneficiari indicati in polizza.

Rientro al domicilio con ambulanza post dimissione dall'Istituto di Cura: la Struttura Organizzativa organizza il trasferimento dell'Assicurato in imminente pericolo di vita ricoverato in Istituto di cura verso la residenza su richiesta dell'Assicurato stesso o dei suoi familiari.

Assistenza Domiciliare Integrata: la Struttura Organizzativa organizza servizi di assistenza domiciliare a favore dell'Assicurato in imminente pericolo di vita che viene dimesso dall'Istituto di cura. I servizi sono:

- Ospedalizzazione domiciliare che permette la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare
- Prestazioni professionali erogate da personale medico e/o paramedico
- Servizi sanitari quali prelievi di sangue, ecografie, esami radiologici e altri accertamenti diagnostici eseguibili a domicilio usufruendo della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti

- Servizi non sanitari qualora ci fosse la necessità di sbrigare faccende relative alla vita quotidiana

Rientro salma: la Struttura Organizzativa organizza il rientro della salma dell'Assicurato deceduto in luogo diverso dalla residenza.

Invio guardia giurata al domicilio durante la celebrazione delle esequie: la Struttura Organizzativa invia una guardia giurata presso l'abitazione degli eredi indicati in polizza per il tempo necessario all'esecuzione delle esequie.

Prestazioni di Assistenza abbinate al **MODULO MALATTIE GRAVI**:

Consulenza medica specialistica: la Struttura Organizzativa organizza un consulto telefonico con uno specialista convenzionato qualora l'Assicurato non riesca a reperire il suo specialista di fiducia.

Medical Second Opinion: la Struttura Organizzativa, qualora l'Assicurato abbia bisogno di un secondo parere medico sulla malattia diagnosticata o di una rivalutazione dello stato di salute, organizza un secondo parere medico interfacciandosi con medici operanti in centri d'eccellenza con esperienza nella malattia diagnosticata all'Assicurato. Qualora ce ne fosse necessità la Struttura Organizzativa organizza una tele/video conferenza tra l'Assicurato, il Direttore Medico della Struttura Organizzativa ed il referente del centro d'eccellenza. Se dal secondo parere medico emergesse la possibilità di cure negli United States of America (U.S.A.) e l'Assicurato scegliesse questo percorso di cura, la Struttura Organizzativa organizza in nome e per conto dell'Assicurato il suo trasferimento dall'Italia agli U.S.A.

Trasferimento in un centro medico attrezzato: la Struttura Organizzativa trasferisce l'Assicurato, colpito da una malattia grave indennizzabile a termini di polizza, verso l'Istituto di cura italiano o estero maggiormente attrezzato nella cura della patologia sofferta dall'Assicurato qualora per caratteristiche obiettive lo stesso non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza.

Assistenza infermieristica a domicilio: la Struttura Organizzativa invia un infermiere al domicilio dell'Assicurato, colpito da una grave malattia indennizzabile a termini di polizza, che ha bisogno di essere assistito nelle 2 settimane successive alle dimissioni dall'Istituto di cura dove era ricoverato.

Assistenza fisioterapica a domicilio: la Struttura Organizzativa, dopo averne accertata l'effettiva necessità, invia un fisioterapista al domicilio dell'Assicurato colpito da una grave malattia indennizzabile a termini di polizza.

Consegna farmaci: la Struttura Organizzativa ricerca e consegna i farmaci prescritti all'Assicurato colpito da una grave malattia indennizzabile a termini di polizza.

Organizzazione trasferimento / soggiorno per terapia fuori sede: la Struttura Organizzativa organizza a favore dell'Assicurato, colpito da grave malattia indennizzabile a termini di polizza, e ad un eventuale suo accompagnatore il trasferimento andata e ritorno verso la città dell'Istituto di cura fuori dalla provincia di residenza dell'Assicurato in cui lo stesso dovrà sottoporsi ad un grande intervento chirurgico, a cicli di terapie o a cicli di riabilitazione. L'attività della Struttura Organizzativa comprende anche il soggiorno ed ogni ulteriore trasferimento utile nella città in cui l'Assicurato si trovi per l'erogazione delle cure mediche.

Ricerca e prenotazione centri specialistici e diagnostici: la Struttura Organizzativa ricerca e prenota visite mediche specialistiche, accertamenti diagnostici o analisi ematochimiche a favore dell'Assicurato colpito da grave malattia indennizzabile a termini di polizza.

Collegamento continuo con Istituto di cura: la Struttura Organizzativa fornisce un servizio di connessione continuo tra l'Assicurato ricoverato in Istituto di Cura ed in imminente pericolo di vita ed i beneficiari indicati in polizza.

Prestazioni di Assistenza abbinate al **MODULO NON AUTOSUFFICIENZA**:

Assistenza infermieristica a domicilio: la Struttura Organizzativa invia un infermiere al domicilio dell'Assicurato non autosufficiente che ha bisogno di essere assistito.

Consulenza per adeguamento abitazione a seguito invalidità permanente: la Struttura Organizzativa commissiona ad un architetto convenzionato il progetto degli interventi da effettuare per l'adeguamento dell'abitazione dell'Assicurato non autosufficiente che comporti un'invalidità permanente superiore a 66 punti percentuali.

Consegna farmaci presso l'abitazione: la Struttura Organizzativa ricerca e consegna i farmaci prescritti all'Assicurato non autosufficiente.

Collaboratrice familiare: la Struttura Organizzativa invia una collaboratrice familiare per sbrigare le normali attività di conduzione dell'abitazione a favore dell'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza

Invio baby sitter: la Struttura Organizzativa invia una baby sitter per accudire i figli di età inferiore a 12 anni dell'Assicurato

che si trovi in stato di non autosufficienza.

Accompagnamento a scuola: la Struttura Organizzativa si occupa di organizzare l'accompagnamento a scuola dei figli di età inferiore dell'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza.

Accompagnamento attività extra scolastiche: la Struttura Organizzativa si occupa di organizzare l'accompagnamento ad attività extra scolastiche dei figli di età inferiore dell'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza.

Invio di un'ambulanza per rientro all'abitazione: la Struttura Organizzativa organizza il trasporto dell'Assicurato in stato di non autosufficienza verso il domicilio tramite ambulanza dopo le dimissioni dal ricovero di primo soccorso.

Custodia animali: la Struttura Organizzativa organizza la custodia del cane o gatto di proprietà dell'Assicurato in stato di non autosufficienza qualora non sia in grado di affidarlo a persona di fiducia.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non sono previste opzioni con pagamento di premio aggiuntivo.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita:

Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Vita:

Sulle garanzie sono presenti le seguenti limitazioni:

- Per la garanzia Terminal Illness la presente prestazione vale se la comunicazione di diagnosi della malattia terminale avviene entro la data di estinzione della copertura. La garanzia Terminal Illness si estingue un anno prima del termine della durata di polizza.
- Per la garanzia Complementari Infortuni, l'obbligo della Compagnia di pagare il capitale relativo alla prestazione complementare sussiste quando la morte dell'Assicurato sia conseguenza di infortunio e non si verifichi dopo che sia trascorso un anno dal giorno nel quale è avvenuto l'infortunio.

Sulle garanzie sono presenti le seguenti carenze:

Condizioni di carenza per la garanzia "TCM a capitale decrescente e premio annuo costante limitato", "TCM a capitale costante e premio annuo costante" e "TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati":

- per la garanzia decesso non verrà applicato alcun periodo di carenza;
- per capitali superiori a 600.000 euro ed età fino a 60 anni e capitali superiori a 300.000 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 da altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato e i premi rimangono acquisiti dalla Compagnia.

Condizioni di carenza per la garanzia "Terminal Illness":

- le carenze sono le medesime previste per la garanzia TCM sopra riportate.

Condizioni di carenza per la garanzia "Instant Benefit":

- è previsto un periodo di carenza pari a un anno dalla data di decorrenza.

Condizioni di carenza per la garanzia "Complementari infortuni":

- non è previsto alcun periodo di carenza.

Condizioni di carenza per la garanzia "Malattie Gravi" e "Malattie Gravi Anticipativa":

- è previsto un periodo di carenza pari a 90 giorni dalla data di decorrenza.

Condizioni di carenza per la garanzia "Non Autosufficienza con rendita temporanea":

- Sono previsti i seguenti periodi di carenza:
 - o stati di non-autosufficienza causati da infortunio: nessuna carenza;
 - o 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;
 - o 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.

Sulle garanzie sono presenti le seguenti esclusioni:

E' escluso dalle garanzie "TCM a capitale decrescente e premio annuo costante limitato", "TCM a capitale costante e premio annuo costante" e "TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati", 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.

E' escluso dalla garanzia "Complementari Infortuni", 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.

Sono esclusi dalla garanzia "Malattie Gravi" e "Malattie Gravi Anticipativa" i casi di malattie gravi causate 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.

E' esclusa dalla garanzia "Non autosufficienza con rendita temporanea", la non autosufficienza causata 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 sovrappremio.

Rami Danni:

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro

Denuncia di sinistro

Ramo Vita:

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario (IBAN) sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto. Il Contraente e/o i Beneficiari e/o l'intestatario del conto corrente di accredito sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di revoca della proposta:

- Richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di 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 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, il grado di parentela, l'età degli eredi legittimi o degli eredi testamentari.
 - in assenza di testamento:
 - le generalità, il grado di parentela e 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 al fine di consentire alla Compagnia di valutare l'operatività della garanzia.

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, 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:

<p><u>discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).</u> <u>Oltre alla documentazione di cui sopra, 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.</u> Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione richiesta, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.</p> <p><u>In caso di decesso per la garanzia Instant Benefit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 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; - coordinate bancarie (codice IBAN del beneficiario) su cui effettuare il bonifico. <p><u>Denuncia dello stato di Malattia Terminale:</u> La denuncia della Malattia Terminale diagnosticata deve avvenire, attraverso un apposito modulo redatto e firmato da un medico che attesti la diagnosi di Malattia Terminale, corredandolo con la relativa documentazione sanitaria, trasmesso mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Operations Vita – Gestione Portafoglio – Maciachini Business Park – MAC1, Via Benigno Crespi, 19 – 20159 Milano – Italia.</p> <p><u>Denuncia della diagnosi di Malattia Grave:</u> La denuncia della malattia deve avvenire entro 60 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia possa interessare la garanzia prestata. La denuncia va accompagnata dal parere del medico ed inviata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Operations Vita – Gestione Portafoglio – Maciachini Business Park – MAC1, Via Benigno Crespi, 19 – 20159 Milano – Italia. Ai fini dell'accertamento da parte della Compagnia della malattia grave, l'Assicurato dovrà produrre la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copia integrale delle cartelle cliniche relative ai ricoveri presso ospedali, cliniche o case di cura, riferiti alla malattia oggetto della garanzia; - Relazione medica contenente la storia clinica completa dell'Assicurato, l'indicazione di quando sono sorti gli eventuali primi sintomi, l'indicazione della diagnosi e corredata di referti di esami specialistici, se esistenti; - Ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento della malattia oggetto della garanzia. <p><u>Denuncia della diagnosi di Non Autosufficienza con rendita temporanea:</u> La denuncia della non autosufficienza oggetto della specifica garanzia deve avvenire entro 60 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che lo stato dell'Assicurato possa interessare la garanzia prestata. La denuncia va accompagnata dal parere del medico ed inviata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Operations Vita – Gestione Portafoglio – Maciachini Business Park – MAC1, Via Benigno Crespi, 19 – 20159 Milano – Italia. 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. Qualora l'incapacità a svolgere gli atti elementari della vita quotidiana sia dovuta a deficit cognitivo, è necessario che lo stato di non-autosufficienza sia comprovato da un neurologo e/o gerontologo attraverso test neuropsicologici standard quali il Mini Mental State Examination (Folstein M.M.S.E.).</p> <p><u>Denuncia per la prestazione complementare morte per Infortunio o morte per Infortunio ed Infortunio conseguente da incidente stradale da circolazione:</u> 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 lettera raccomandata con avviso di</p>

<p>ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Operations Vita – Gestione Portafoglio – Maciachini Business Park – MAC1, Via Benigno Crespi, 19 – 20159 Milano – Italia. Nella denuncia deve essere indicato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Giorno, ora e luogo dell'evento; - Cause e modalità dell'infortunio; - L'eventuale indicazione dei testimoni al fatto e dell'Autorità intervenuta; - Eventuale certificato del medico che ha prestato le prime cure all'infortunato e/o chi ha compilato l'atto di morte. <p>Gli aventi diritto dovranno consentire alla Compagnia lo svolgimento delle indagini e autorizzare il medico curante a dare le informazioni che fossero necessarie.</p> <p><u>Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di:</u> Trasferimento di domicilio del Contraente e/o dell'Assicurato e/o del Secondo Assicurato in uno stato estero.</p> <p><u>Rami Danni:</u> Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, per poter usufruire delle prestazioni di assistenza, l'Assicurato o i beneficiari indicati in polizza devono preventivamente contattare la Struttura Organizzativa – attiva 24 ore su 24 – che interviene direttamente o ne deve autorizzare esplicitamente l'erogazione ai seguenti recapiti telefonici:</p> <p style="text-align: center;">DALL'ITALIA (NUMERO VERDE): 800 572 572 DALL'ESTERO +39 02 24 128 570</p> <p>Qualora l'Assicurato o i beneficiari indicati in polizza fossero impossibilitati a contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, potranno mettersi in contatto tramite l'indirizzo di posta elettronica:</p> <p style="text-align: center;">assistenza.gruppocattolica@IMAItalia.it</p> <p>In ogni caso l'Assicurato o i beneficiari indicati in polizza devono comunicare alla Struttura Organizzativa i seguenti dati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; <p>– recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa potrà contattarlo nel corso dell'erogazione della prestazione.</p>
<p>Gestione da parte di altre imprese <u>Assistenza:</u> IMA Servizi Scarl, società di servizi, Piazza Indro Montanelli, 20 – 20099 Sesto San Giovanni (MI)</p>
<p><u>Prescrizione:</u> <u>Ramo Vita:</u> 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. <u>Ramo Danni:</u> 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..</p>

Liquidazione della prestazione:

Ramo Vita:

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Operations Vita – Gestione Portafoglio – Maciachini Business Park – MAC1, Via Benigno Crespi, 19 – 20159 Milano – Italia. In alternativa, la Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla ricezione di detta documentazione completa da parte dell'Intermediario presso cui è stato stipulato il contratto.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Contraente e/o dei Beneficiari. Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario.

Malattie Gravi o Malattie Gravi Anticipativa:

La prestazione derivante dalla garanzia "Malattie Gravi" o "Malattie Gravi Anticipativa" verrà corrisposta in caso di sopravvivenza dell'Assicurato nei 30 giorni successivi (periodo di qualificazione) a partire dalla data di denuncia della malattia oggetto della predetta garanzia. Una volta accertata e riconosciuta la malattia e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il suddetto periodo di qualificazione, la Compagnia versa il capitale previsto.

Non Autosufficienza con rendita temporanea:

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.

Decorso 180 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato.

Terminal Illness:

La Compagnia si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia terminale o di tumore 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 della Clientela 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.

Instant Benefit:

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, da parte della Compagnia, dei documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.

Complementari Infortuni:

Dopo aver ricevuto i documenti probatori dell'infortunio, e dopo aver compiuto gli accertamenti necessari, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari il capitale assicurato. Il pagamento di tale capitale sarà effettuato dalla Compagnia, unitamente a quello della prestazione principale, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. La Compagnia rinuncia al diritto di rivalersi sui responsabili dell'infortunio che hanno causato la morte dell'Assicurato.


Resta inteso che la Compagnia ha diritto:

di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato 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 ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato in relazione ad ogni altra circostanza di rischio diversa da quella di cui al punto precedente.

Rami danni: In caso di sinistro l'Assicurato ha l'obbligo di contattare la Struttura Organizzativa che provvederà all'organizzazione delle prestazioni di assistenza garantite in funzione del modulo sottoscritto. Non è prevista alcuna forma di liquidazione monetaria sostitutiva.

Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Ramo Vita e Rami Danni: Il Contraente e l'Assicurato 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:</p> <p>A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 d'anzì indicato; - 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. <p>B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato 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. - L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base alla data di nascita effettiva, del capitale assicurato.
---	---

 Quando e come devo pagare?											
Premio	<p>Nella successiva tabella viene riportata, per ogni forma assicurativa prevista, la durata del periodo di pagamento dei premi:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Garanzia:</th> <th style="width: 50%;">Durata del periodo di pagamento premi:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TCM a capitale costante e premio annuo costante:</td> <td>Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di decesso fino al verificarsi dell'evento per tutte le garanzie selezionate dal Contraente alla sottoscrizione contrattuale.</td> </tr> <tr> <td>TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati:</td> <td>Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di decesso: <ul style="list-style-type: none"> - dell'Assicurato: fino al verificarsi dell'evento per tutte le garanzie selezionate dal Contraente alla sottoscrizione contrattuale. Il Contraente non dovrà corrispondere alcun premio per la copertura decesso del Secondo Assicurato. - del Secondo Assicurato: fino al verificarsi dell'evento il Contraente non dovrà corrispondere alcun premio per la copertura decesso dell'Assicurato. 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) selezionate dal Contraente alla sottoscrizione sull'Assicurato, resteranno attive e il Contraente dovrà corrispondere i relativi premi alle scadenze pattuite. </td> </tr> <tr> <td>Premio annuo costante limitato e capitale decrescente</td> <td>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.</td> </tr> <tr> <td>Premio delle Malattie Gravi:</td> <td>Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di accertamento di malattia grave. Il Contraente dovrà continuare a corrispondere i premi relativi alle eventuali ulteriori garanzie selezionate alla sottoscrizione.</td> </tr> </tbody> </table>	Garanzia:	Durata del periodo di pagamento premi:	TCM a capitale costante e premio annuo costante:	Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di decesso fino al verificarsi dell'evento per tutte le garanzie selezionate dal Contraente alla sottoscrizione contrattuale.	TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati:	Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di decesso: <ul style="list-style-type: none"> - dell'Assicurato: fino al verificarsi dell'evento per tutte le garanzie selezionate dal Contraente alla sottoscrizione contrattuale. Il Contraente non dovrà corrispondere alcun premio per la copertura decesso del Secondo Assicurato. - del Secondo Assicurato: fino al verificarsi dell'evento il Contraente non dovrà corrispondere alcun premio per la copertura decesso dell'Assicurato. 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) selezionate dal Contraente alla sottoscrizione sull'Assicurato, resteranno attive e il Contraente dovrà corrispondere i relativi premi alle scadenze pattuite. 	Premio annuo costante limitato e capitale decrescente	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.	Premio delle Malattie Gravi:	Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di accertamento di malattia grave. Il Contraente dovrà continuare a corrispondere i premi relativi alle eventuali ulteriori garanzie selezionate alla sottoscrizione.
Garanzia:	Durata del periodo di pagamento premi:										
TCM a capitale costante e premio annuo costante:	Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di decesso fino al verificarsi dell'evento per tutte le garanzie selezionate dal Contraente alla sottoscrizione contrattuale.										
TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati:	Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di decesso: <ul style="list-style-type: none"> - dell'Assicurato: fino al verificarsi dell'evento per tutte le garanzie selezionate dal Contraente alla sottoscrizione contrattuale. Il Contraente non dovrà corrispondere alcun premio per la copertura decesso del Secondo Assicurato. - del Secondo Assicurato: fino al verificarsi dell'evento il Contraente non dovrà corrispondere alcun premio per la copertura decesso dell'Assicurato. 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) selezionate dal Contraente alla sottoscrizione sull'Assicurato, resteranno attive e il Contraente dovrà corrispondere i relativi premi alle scadenze pattuite. 										
Premio annuo costante limitato e capitale decrescente	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.										
Premio delle Malattie Gravi:	Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di accertamento di malattia grave. Il Contraente dovrà continuare a corrispondere i premi relativi alle eventuali ulteriori garanzie selezionate alla sottoscrizione.										

	Premio delle Malattie Gravi Anticipativa:	Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di accertamento di malattia grave. Il Contraente dovrà continuare a corrispondere i premi relativi alle eventuali ulteriori garanzie selezionate alla sottoscrizione.
	Premio della Non Autosufficienza con rendita temporanea:	Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di accertamento di non autosufficienza. Il Contraente dovrà continuare a corrispondere i premi relativi alle eventuali ulteriori garanzie selezionate alla sottoscrizione.
	Premio di Assistenza abbinata al MODULO PREMORIENZA:	Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di decesso oppure in caso di liquidazione della prestazione Terminal Illness se precedente.
	Premio di Assistenza abbinata al MODULO MALATTIE GRAVI:	Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di accertamento di malattia grave.
	Premio di Assistenza abbinata al MODULO NON AUTOSUFFICIENZA:	Per tutta la durata contrattuale prevista o, in caso di accertamento di non autosufficienza.
	<p>Il premio delle garanzie facoltative abbinata alla TCM dovrà essere corrisposto per tutta la durata contrattuale o comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.</p> <p>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 al 1,50%, 2,00%, 3,00%. La singola rata di premio, in caso di frazionamento infra-annuale, non può risultare inferiore a 30,00 Euro.</p> <p>Il Contraente può richiedere, entro 60 giorni dalla ricorrenza anniversaria di polizza, una variazione del frazionamento del premio.</p>	
Rimborso	<p>Ramo Vita e Rami danni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto. Qualora il Contraente abbia versato un ulteriore premio annuo per la prestazione Complementari Infortuni, in caso di recesso tale importo verrà restituito al netto delle imposte di legge. - Qualora, prima della conclusione del contratto, si verifichi il decesso del Contraente ovvero si verifichi il decesso 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 recesso. 	
Sconti	Non sono previsti sconti.	



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p><u>Il contratto ha una durata minima di 2 anni e massima di 30 anni per tutte le forme assicurative previste ad esclusione della garanzia "TCM a capitale decrescente e premio annuo limitato" che prevede una durata minima del contratto pari a 5 anni.</u></p> <p><u>Per le garanzie "TCM a capitale decrescente e premi annui costanti limitati", "TCM a capitale costante e premi annui costanti" e "TCM a capitale costante e premi annui costanti su due Assicurati", qualora l'età dell'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 dell'Assicurato.</u></p> <p><u>Per le garanzie "Malattie Gravi", "Malattie Gravi Anticipativa" e "Non Autosufficienza con rendita temporanea", qualora l'età dell'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 65° anno di età dell'Assicurato.</u></p> <p><u>Le garanzie selezionate dal Contraente dovranno avere la medesima durata.</u> <u>Le garanzie di assistenza hanno medesima durata delle garanzie vita.</u></p> <p><u>Il Contraente, l'Assicurato e Il Secondo Assicurato (se previsto) devono avere il domicilio 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 in uno Stato diverso da quelli di cui sopra, il contratto deve essere risolto.</u></p>
---------------	--

	<p>Cessazione delle garanzie:</p> <p>La garanzia “TCM a capitale costante e premio annuo costante”, “TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati” e “TCM a cessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>La garanzia “Terminal Illness” cessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>-La garanzia “Instant Benefit” cessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 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. <p>La garanzia “Complementare infortuni” cessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 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. <p>La garanzia “Malattie Gravi” e “Malattie Gravi Anticipativa” cessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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), se alla sottoscrizione il Contraente ha selezionato la garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante o la garanzia TCM a capitale costante e premio annuo costante sull’Assicurato; - alla scadenza del contratto. In tal caso il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia. <p>La garanzia “Non Autosufficienza con rendita temporanea” si estingue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 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. <p>Le garanzie di assistenza cessano con l’estinzione delle garanzie vita abbinata.</p>
<p>Sospensione</p>	<p>Ramo Vita: Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</p> <p>Rami Danni: Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto.</p>



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

Revoca	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.
Recesso	La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida. 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. A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.
Risoluzione	Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI x NO

Valori di riscatto e riduzione	Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione.
Richiesta di informazioni	Non si prevede la possibilità di richiedere valori di riscatto o riduzione in quanto non presenti.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a clienti persone fisiche che ricercano la tutela economica al verificarsi di fatti attinenti la vita personale e familiare ed è arricchito anche da prestazioni di assistenza, per:

- le eventuali necessità in caso di specifica malattia grave e/o
- le spese mensili di cura per i primi 3 anni in caso di perdita di autosufficienza e/o
- la stabilità economica della famiglia o delle persone care, in caso di premorienza del singolo o della coppia.

Il prodotto è sottoscrivibile anche da persone giuridiche.

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- Abbiano un'età, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, compresa tra i 18 anni compiuti e 70 anni per le garanzie "TCM a capitale decrescente e premio annuo costante limitato", "TCM a capitale costante e premio annuo costante" e "TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati", 60 anni per le garanzie "Malattie Gravi", "Malattie Gravi Anticipativa" e "Non Autosufficienza con rendita temporanea".
- Abbiano sottoscritto il Questionario Sanitario e, ove richiesto, si siano sottoposte eventualmente al preventivo accertamento delle condizioni di salute mediante rapporto di visita medica oltre che eventuali accertamenti sullo stato economico e patrimoniale.



Quali costi devo sostenere?

Ramo Vita:

I costi di acquisizione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo. Ogni onere sostenuto per la visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti medici rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Sul contratto viene applicato un costo fisso pari a 50 Euro per ogni premio annuo complessivo, a prescindere dal numero e dal tipo di garanzie selezionate.

I costi gravanti sul premio per ogni garanzia selezionata alla sottoscrizione del contratto sono rappresentati nella tabella che segue:

Garanzia	Costi di acquisizione, gestione ed incasso Costi in percentuale
TCM a capitale costante e premio annuo costante limitato	15,00% del premio annuo al netto degli eventuali interessi di frazionamento
TCM a capitale costante e premio annuo costante	11,00% del premio annuo al netto degli eventuali interessi di frazionamento
TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati	
Malattie Gravi	
Malattie Gravi Anticipativa	
Non Autosufficienza con rendita temporanea	
Facoltativa Instant Benefit	
Complementare Facoltativa Morte per Infortuni	

Qualora il Contraente, per le sole forme assicurative a premio annuo, corrisponda il premio in rate sub-annuali, la Compagnia applicherà i costi di frazionamento rappresentati nella seguente tabella.

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

Costi per il riscatto:

Non è previsto il riscatto.

Costi per l'erogazione della rendita:

Non è prevista la possibilità di convertire il capitale in rendita.

Costi per l'esercizio delle opzioni:

Non sono presenti opzioni contrattuali.

Costi di intermediazione:

Nelle Tabelle di seguito riportate, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento con riferimento a ciascuna tipologia di costo.

Tipo di costo	Misura costo	Provvigioni percepite in media dagli intermediari (quota parte dei costi)
Costo fisso	50 Euro	0%

Garanzia	Costi di acquisizione, gestione ed incasso Costi in percentuale	Provvigioni percepite in media dagli intermediari (quota parte dei costi)
TCM a capitale costante e premio annuo costante limitato	15,00% del premio annuo al netto degli eventuali interessi di frazionamento	66,67%
TCM a capitale costante e premio annuo costante	11,00% del premio annuo al netto degli eventuali interessi di frazionamento	100%
TCM a capitale costante e premio annuo costante su due Assicurati		
Malattie Gravi		
Malattie Gravi Anticipativa		

Non Autosufficienza con rendita temporanea		
Facoltativa Instant Benefit		
Complementare Facoltativa Morte per Infortuni		

Rami danni:

Costi di intermediazione

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni medie percepite dagli intermediari:

Rischio Assistenza	12% del premio imponibile
--------------------	---------------------------

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Ramo Vita e Danni: Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Servizio Reclami – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0458372354 – E-mail reclami@cattolicaassicurazioni.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC ivass@pec.ivass.it <i>Info su:</i> www.ivass.it

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Ramo Vita e Danni: 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. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

Ramo Vita:

Imposta sui premi

I premi relativi alla garanzia principale sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità fiscale dei premi

Le assicurazioni per il caso di morte e le assicurazioni in caso di invalidità permanente non inferiore al 5% derivante da qualsiasi causa, danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge.

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in dipendenza di questo contratto sono esenti dall'IRPEF se corrisposte in caso di morte dell'Assicurato (per qualsiasi causa) ed in caso di invalidità permanente.

Se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, dette somme sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni.

Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente Set Informativo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto illustrato nel presente Set Informativo.

Rami Danni:

I premi relativi alle garanzie Danni sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni del 10% o come diversamente previsto dalla vigente normativa.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.