



Pramerica

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

Pramerica Copertura su Misura

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- A. Scheda Sintetica
- B. Nota Informativa
- C. Condizioni di assicurazione, comprensive del Regolamento della gestione interna separata
- D. Glossario
- E. Modulo di proposta

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Scheda Sintetica e la Nota Informativa

Pramerica Life S.p.A.

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

FASCICOLO INFORMATIVO

“Pramerica Copertura su Misura”

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

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

Nota Informativa	pag. 3
Condizioni di assicurazione	pag. 13
Glossario	pag. 79
Proposta	pag. 87

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

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

NOTA INFORMATIVA

La Nota Informativa si articola in quattro sezioni:

A	Informazioni sull'impresa di assicurazione	pag. 4
B	Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte	pag. 4
C	Informazioni sui costi, sconti e regime fiscale	pag. 8
D	Altre informazioni sul contratto	pag. 10

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

1. Informazioni generali

L'impresa di assicurazione – denominata nel seguito "Pramerica" – è:

Pramerica Life S.p.A. a Socio Unico

Società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial, Inc. USA

Sede Legale e Direzione Generale: Piazza della Repubblica, 14 – 20124 Milano – Italia

Telefono: 02.72258.1

PEC: pramerica@legalmail.it

Sito Internet: www.pramericagroup.it

Indirizzo di posta elettronica: info@pramerica.it

Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione al n. 1.00086

Capogruppo del Gruppo Assicurativo Pramerica, iscritto all'Albo Gruppi Assicurativi al n. 017.

Autorizzazione all'esercizio: D.M. 14.3.1990 G.U. 19.3.1990

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto di Pramerica al 31.12.2015 ammonta a 48,43 milioni di euro, di cui il capitale sociale è pari a 12,5 milioni di euro e le riserve patrimoniali ammontano a 35,93 milioni di euro.

L'indice di solvibilità di Pramerica è pari al 144% che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla Normativa vigente.

Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte

3. Prestazioni assicurative e condizioni di assicurabilità

Il presente contratto è disciplinato dalle Condizioni di assicurazione come di seguito riportate.

Le coperture assicurative previste sono le seguenti:

Assicurazione Principale:

- TCM - per il caso di decesso per qualunque causa;
- LNB - per il caso di Living Needs Benefit (gratuita - solo se espressamente richiamata in proposta e polizza);
- IGP - per il caso di Invalidità Grave e Permanente (gratuita - solo se espressamente richiamata in proposta e polizza).

Garanzie Aggiuntive:

Ramo Vita:

- CRILL - Critical Illness per il caso di "malattie gravi" (cancro e infarto);
- LTC - Long Term Care per il caso di "non -autosufficienza".

Ramo Danni:

- INF - Infortuni e Malattia;
- RSM - Rimborso Spese Mediche;
- ASS - Assistenza.

Al momento della sottoscrizione del contratto, il Contraente deve scegliere almeno una delle Garanzie Aggiuntive previste.

Le prestazioni minime e massime sono riportate nella seguente tabella:

	Garanzia	Età minima all'ingresso	Età massima all'ingresso	Età massima a scadenza	Capitale minimo assicurabile (all'ingresso)	Capitale massimo assicurabile
Coperture Vita						
TCM	Temporanea Caso Morte	18	74	75	100.000€	1.000.000€
CRILL	Critical Illness	18	55	70	50.000€	400.000€
LTC	Long Term Care	18	65	70	500€ (rendita mensile)	3.000€ (rendita mensile)
Copertura Infortuni e Malattia						
INF	Morte da Infortunio	18	69	70	100.000€	1.000.000€
	Invalità Permanente da Infortunio	18	69	70	100.000€	750.000€
	Invalità Permanente da Malattia	18	64	65	100.000€	350.000 € (fino a 50 anni non compiuti), 250.000€ (da 50 anni fino a 65 non compiuti)
	Inabilità Temporanea da Infortunio	18	64	65	50€ al giorno	100€ al giorno
	Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio	18	69	70	50€ al giorno (25€ per convalescenza)	100€ al giorno (50€ per convalescenza)
	Diaria da Gesso	18	69	70	50€ al giorno	100€ al giorno
Copertura Rimborso Spese Mediche						
RSM	Rimborso Spese Mediche	18	74	75	(Si rimanda a pag. 67)	
Garanzia Assistenza						
ASS	Assistenza	18	74	(*)	(Si rimanda a pag. 74)	

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

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE PRINCIPALE:

a) Prestazione in caso di decesso - TCM

Si precisa che la copertura assicurativa non è operativa nei casi previsti dagli articoli 2, 3 e 6 delle Condizioni di assicurazione.

(si rimanda all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione)

b) Prestazione in caso di Invalidità Grave e Permanente - IGP (gratuita)

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

Si precisa che la copertura assicurativa non è operativa nei casi previsti dagli articoli 2, 3 e 6 delle Condizioni di assicurazione.

(si rimanda all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione)

c) Prestazione in caso di Living Needs Benefit – “Beneficio in Vita” - LNB (gratuita)

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

Si precisa che la copertura assicurativa non è operativa nei casi previsti dagli articoli 2, 3 e 6 delle Condizioni di assicurazione.

(si rimanda all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione)

Flash Benefit

Si precisa che è operante solo in caso di decesso.

(si rimanda all'art. 21 delle Condizioni di assicurazione).

PRESTAZIONI DELLE GARANZIE AGGIUNTIVE:

Le Garanzie Aggiuntive sono prestazioni assicurative vita e danni, che integrano l'Assicurazione Principale; il Contraente deve sceglierne almeno una alla sottoscrizione della proposta.

In corso di contratto, il Contraente non può integrare la copertura esistente con ulteriori Garanzie Aggiuntive.

- Garanzia Aggiuntiva - Critical Illness (CRILL):

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

Si precisa che la copertura assicurativa non è operativa nei casi previsti dagli articoli 2, 3 e 6 delle Condizioni di assicurazione e dagli articoli 4 e 5 delle condizioni delle Garanzie Aggiuntive.

(Si rimanda alle Condizioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive)

- Garanzia Aggiuntiva - Long Term Care (LTC)

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

Si precisa che la copertura assicurativa non è operativa nei casi previsti dagli articoli 2, 3 e 6 delle Condizioni di assicurazione e dagli articoli 4 e 5 delle condizioni delle Garanzie Aggiuntive.

(Si rimanda alle Condizioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive)

- Garanzia Aggiuntiva - Infortuni e Malattia (INF)

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

Si precisa che la copertura assicurativa non è operativa nei casi previsti dagli articoli 27 e 34 delle Condizioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive Infortuni e Malattia.

(Si rimanda alle Condizioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive)

Garanzia Aggiuntiva - Rimborso Spese Mediche (RSM)

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

Si precisa che la copertura assicurativa non è operativa nei casi previsti dall'articolo 14 delle Condizioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive Rimborso Spese Mediche.

(Si rimanda alle Condizioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive)

Garanzia Aggiuntiva - Assistenza (ASS)

(valida solo se abbinata ad uno dei due prodotti danni ed espressamente richiamata in proposta e in polizza).

(Si rimanda alle Condizioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive)

* ____ *

Presupposto per la sottoscrizione del contratto è l'accertamento dello stato di salute dell'Assicurato ed è pertanto necessario che lo stesso, a seconda dell'età assicurativa e della prestazione assicurata, compili e sottoscriva il questionario anamnestico o si sottoponga a specifiche visite

mediche (come riportato al successivo punto 6.1.3. e nella Proposta di Assicurazione).

LIMITAZIONI ALLE PRESTAZIONI

A. Limitazioni in assenza di visite mediche

In assenza di visite mediche, nei primi sei mesi dal perfezionamento della polizza, sono operanti delle limitazioni della copertura come descritto in dettaglio all'art. 6.B.1 delle Condizioni di assicurazione.

B. Carenza in assenza del test HIV

Nei primi cinque anni dal perfezionamento della polizza, in assenza del test HIV, sono previste delle limitazioni della copertura come descritto in dettaglio all'art. 6.B.2 delle Condizioni di assicurazione.

Si richiede al Contraente di leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario anamnestico.

CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'

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

Il Contraente, se persona fisica, deve avere almeno 18 anni e capacità di agire. In caso di Contraente persona giuridica, il contratto deve essere sottoscritto dal suo Legale Rappresentante, che dovrà essere identificato all'atto della stipula del contratto.

L'Assicurato deve essere una persona fisica, i limiti di:

- età minima e massima all'ingresso;
- età massima a scadenza;
- capitale minimo e massimo assicurabile;

sono riportati dettagliatamente nella tabella precedente sezione B.

4. Premi e rivedibilità delle condizioni tariffarie

Il Premio dell'Assicurazione Principale e delle Garanzie Aggiuntive è determinato ad ogni ricorrenza annua del contratto, in base all'età raggiunta dall'Assicurato, pertanto per tutte le garanzie in cui il premio è in funzione dell'età, questo aumenta ogni anno, salvo quanto previsto al successivo punto b). Il premio inoltre, varia secondo lo stato di salute, l'attività professionale e quella sportiva.

Al momento della sottoscrizione del contratto il Contraente sceglie almeno una delle Garanzie Aggiuntive contrattualmente previste. Qualora le Garanzie Aggiuntive "LTC" e "CRILL" decadano a seguito di sinistro, il nuovo premio da corrispondere sarà dato dalla somma dei premi relativi alle garanzie rimaste in vigore.

In corso di contratto, il Contraente non può integrare la copertura esistente con ulteriori Garanzie Aggiuntive.

Per la sola Assicurazione Principale e le Garanzie Aggiuntive CRILL e LTC all'atto della sottoscrizione del contratto, il Contraente sceglie una delle seguenti opzioni:

- a) mantenere inalterate le prestazioni assicurate ricalcolando il premio annuo in base all'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale dell'assicurazione;
- b) mantenere inalterato il premio annuo ricalcolando le prestazioni assicurate in base all'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale dell'assicurazione.

L'opzione scelta è modificabile da parte del Contraente con frequenza triennale.

La richiesta di modifica deve essere inviata dal Contraente almeno 90 giorni prima di ciascuna

ricorrenza triennale in cui l'opzione può essere esercitata.

È previsto un premio annuo minimo di euro 200,00. Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali e semestrali. Indipendentemente dal frazionamento scelto la rata minima non può essere inferiore a 100,00 euro.

La modifica del frazionamento avviene solamente alla ricorrenza annuale della polizza mediante richiesta scritta da inviare almeno due mesi prima della ricorrenza annuale della polizza stessa.

Per le sole Garanzie Aggiuntive, la Compagnia si riserva il diritto di modificare annualmente il tasso di premio applicato in base all'esperienza riscontrata sulle specifiche coperture come specificato nell'articolo D "Modifica delle condizioni tariffarie" delle "Condizioni di assicurazione Applicabili alle Garanzie Aggiuntive Ramo Vita".

Per la corretta determinazione del premio e per non pregiudicare il diritto del Beneficiario al pagamento della prestazione assicurata, è fondamentale che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato siano complete e veritiere.

Il Contraente deve corrispondere il pagamento del premio mediante addebito sul proprio conto corrente bancario.

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

Si fa inoltre presente che, ai sensi dell'articolo 47 comma 3 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006, a tutti gli intermediari assicurativi è fatto espresso divieto di ricevere denaro contante a titolo di pagamento di premi relativi a contratti di assicurazione sulla vita.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

La presente forma assicurativa non è agganciata ad alcuna gestione separata.

Informazioni sui costi, sconti e regime fiscale

C

6. Costi

6.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

6.1.1 Costi gravanti sul premio

I costi sono la parte di premio che viene trattenuta da Pramerica per far fronte alle spese per l'acquisizione e la gestione del contratto.

Pramerica preleva un importo del premio (caricamenti) determinato nella misura del 40%.

La quota parte percepita dai distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale, è pari al 50 % (fa riferimento ad un contratto tipo di un assicurato di 40 anni per una durata di 20 anni ed un capitale assicurato di 100.000 euro in caso di morte, 100.000 euro in caso di CRILL e di 1.000 euro di rendita mensile in caso di LTC).

Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali senza costi aggiuntivi.

6.1.2 Costi per recesso

In caso di recesso Pramerica tratterrà l'importo di 50,00 euro, in relazione alle spese sostenute

per l'emissione del contratto ai sensi dell'art. 177 CAP.

6.1.3 Costi per visite mediche

Qualora ai sensi delle Condizioni di assicurazione sia prevista la visita medica, le relative spese sono a carico del Contraente (o dell'Assicurato, se persona diversa).

7. Sconti

Il contratto non prevede uno sconto sul premio di tariffa.

8. Regime fiscale applicabile al contratto

(valido solo per l'Assicurazione Principale e le Garanzie Aggiuntive Ramo Vita)

Regime fiscale dei premi versati

I premi dei contratti di assicurazione sulla vita e sulle Garanzie Aggiuntive CRILL "malattie gravi" e LTC "non-autosufficienza" non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità fiscale dei premi

Sui premi pagati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%), la garanzia LTC (avendo per oggetto esclusivo il rischio di "non autosufficienza") e la garanzia CRILL "malattie gravi", viene riconosciuta annualmente al Contraente (o al soggetto che sopporta l'onere economico del pagamento del premio) una detrazione d'imposta ai fini IRPEF, con le modalità ed i limiti previsti dalla normativa in vigore.

In particolare, la detrazione spetta al Contraente a condizione che sia il soggetto che ha pagato il premio e che l'Assicurato – se persona diversa – sia fiscalmente a carico del Contraente stesso.

Si precisa che quanto sopra descritto si riferisce unicamente al caso in cui il Contraente sia persona fisica.

Regime fiscale delle somme corrisposte

Le somme corrisposte in caso di morte, Invalidità Funzionale Grave e Permanente, Beneficio in Vita, Malattie Gravi e Non Autosufficienza, anche se erogate in forma di rendita, sono esenti da imposta sostitutiva IRPEF.

Il regime fiscale sopra descritto, si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa 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.

8.1 Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'Art. 1923 del Codice Civile le somme dovute in dipendenza del Contratto non sono né pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di Legge.

8.2 Diritto proprio del Beneficiario

Ai sensi dell'Art. 1920 del Codice Civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario. In caso di più beneficiari indicati con il richiamo alla categoria degli eredi testamentari o legittimi, il beneficio verrà diviso tra questi in parti uguali. Tali somme non sono soggette all'imposta sulle successioni.

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative si rimanda all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione.

10. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi e riattivazione

Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi; in questo caso il contratto si scioglie **con la perdita della copertura assicurativa e dei premi già versati, secondo quanto descritto all'art. 15 delle Condizioni di assicurazione.**

E' data comunque facoltà al Contraente di richiedere la riattivazione del contratto; per modalità, termini e condizioni economiche consultare l'art. 18 delle Condizioni di assicurazione e l'art. G delle Condizioni di assicurazione applicabili alle Garanzie Aggiuntive.

11. Riscatto e Riduzione

Il riscatto e la riduzione non sono previsti per il presente prodotto assicurativo.

12. Revoca della proposta

Ai sensi dell'art. 176 CAP il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima del perfezionamento del contratto, che avviene nel momento in cui Pramerica rilascia al Contraente la polizza o comunica per iscritto allo stesso il proprio assenso, mediante lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. Gli obblighi assunti dal Contraente e da Pramerica cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte di Pramerica.

Qualora il Contraente avesse già eseguito il versamento del premio dovuto, Pramerica, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà il premio pagato al Contraente stesso, con diritto di recuperare i costi indicati al punto 6.1. della Nota Informativa, le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato indicate nella proposta di assicurazione, se sostenute da Pramerica.

13. Diritto di recesso

Ai sensi dell'art. 177 CAP il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data in cui si è perfezionato.

Il Contraente deve richiedere il recesso per iscritto, mediante lettera raccomandata.

Pramerica, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso rimborserà al Contraente il premio da quest'ultimo pagato con diritto di recuperare i costi indicati al punto 6.1. della Nota Informativa, le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato indicate nella proposta di assicurazione, se sostenute da Pramerica.

Pramerica tratterà per l'operazione di recesso 50,00 euro, in relazione alle spese sostenute per l'emissione del contratto ai sensi dell'art. 177 CAP.

14. Documentazione da consegnare per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

La documentazione che il Contraente o il Beneficiario devono presentare per la liquidazione delle prestazioni è indicata nell'art. 20 delle Condizioni di assicurazione e nei relativi articoli delle eventuali Garanzie Aggiuntive.

Le spese relative all'acquisizione di tale documentazione gravano direttamente sugli aventi diritto.

Pramerica deve effettuare qualsiasi pagamento dovuto entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione prevista e/o richiesta.

Pramerica, inoltre, garantisce il pagamento entro 48 ore in caso di richiesta di Flash Benefit, come specificato all'art. 21 delle Condizioni di assicurazione.

Il diritto alla liquidazione delle prestazioni derivante dal contratto di assicurazione si prescrive in dieci anni per i contratti Ramo Vita, mentre in due anni per i contratti Ramo Danni, da quando si è verificato il fatto che abbia determinato l'insorgenza del conseguente diritto (Cod. Civ. art. 2952 comma II). In caso di omessa richiesta da parte degli aventi diritto entro detti termini, la Compagnia, in ottemperanza a quanto disposto dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni in materia di depositi dormienti, avrà l'obbligo di devolvere l'importo dovuto al Fondo per le Vittime delle Frodi Finanziarie, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze.

15. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

16. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

17. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo della effettività della prestazione e della quantificazione/erogazione delle somme dovute, o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Pramerica Life S.p.A. Ufficio Gestione Reclami

Piazza della Repubblica, 14 – 20124 Milano

Fax 02.72003580

Indirizzo di posta elettronica: gestione.reclami@pramerica.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a:

IVASS

Servizio Tutela degli Utenti

Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma

Telefono 800 486661 – Fax 06.42133745/353

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo eventualmente presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di contratti assicurativi è tenuto preliminarmente a esperire il procedimento di mediazione (decreto Legislativo 4 Marzo 2010, n. 28 e successive modifiche ed integrazioni).

18. Informativa in corso di contratto

Pramerica si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni, contenute nella Nota Informativa, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

Inoltre, annualmente Pramerica comunicherà per iscritto al Contraente l'importo dei premi effettivamente versati.

Per ulteriori informazioni il Contraente può rivolgersi al proprio Intermediario o, in alternativa, al Servizio Clienti numero verde 800-833012 o al seguente indirizzo:

Pramerica Life S.p.A.

Piazza della Repubblica, 14 – 20124 Milano

Fax 0272003580

Indirizzo di posta elettronica: servizio.clienti@pramerica.it

19. Comunicazioni del Contraente a Pramerica

Il Contraente non è tenuto a fornire alcuna comunicazione in caso di modifiche di professione dell'Assicurato che aggravino il rischio assunto dalla Società eventualmente intervenute in corso di contratto ai sensi dell'art. 1926 del Codice Civile.

Ogni eventuale comunicazione formale (informazioni, chiarimenti, reclami, ecc.) del Contraente a Pramerica deve essere inoltrata per iscritto e firmata in calce dal Contraente stesso.

20. Conflitto di interessi

Pramerica non rileva situazioni di conflitto di interessi nell'ambito del proprio operato.

Pramerica è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale

Roberto Agnatica



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di assicurazione applicabili all'Assicurazione Principale:	
Disciplina del contratto e condizioni di applicabilità	pag. 14
Entrata in vigore dell'Assicurazione	pag. 14
Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	pag. 15
Prestazioni assicurate con l'Assicurazione Principale	pag. 16
Beneficiario	pag. 17
Limitazioni alla prestazione in caso di decesso	pag. 17
Definizioni di Invalidità Grave e Permanente	pag. 18
Denuncia di Invalidità Grave e Permanente	pag. 18
Riconoscimento dello stato di Invalidità Grave e Permanente	pag. 19
Definizione e Prestazione assicurata di	
Living Needs Benefit - "Beneficio in Vita"	pag. 19
Durata del Living Needs Benefit - "Beneficio in Vita"	pag. 19
Denuncia dello stato di malattia terminale e obblighi relativi al	
Living Needs Benefit - "Beneficio in Vita"	pag. 19
Riconoscimento dello stato di malattia terminale di	
Living Needs Benefit - "Beneficio in Vita"	pag. 20
Premio dell'Assicurazione Principale	pag. 20
Mancato pagamento del premio: risoluzione del contratto	pag. 21
Revoca della proposta	pag. 21
Diritto di recesso	pag. 21
Riattivazione dell'Assicurazione Principale	pag. 22
Cessione – Pegno – Vincolo	pag. 22
Pagamento delle prestazioni	pag. 22
Flash Benefit	pag. 23
Legge applicabile al contratto	pag. 24
Lingua in cui è redatto il contratto	pag. 24
Tasse ed imposte	
Non pignorabilità e non sequestrabilità	pag. 24
Foro competente	pag. 24
Condizioni di assicurazione applicabili alle Garanzie Aggiuntive Ramo Vita	pag. 25
Condizioni applicabili alla Garanzia Aggiuntiva (CRILL) Critical Illness	
"malattie gravi"	pag. 27
Condizioni applicabili alla Garanzia Aggiuntiva (LTC) Long Tem Care	
"non autosufficienza"	pag. 31
Condizioni applicabili alla Garanzia Aggiuntiva (INF) Infortuni e Malattia	pag. 35
Condizioni applicabili alla Garanzia Aggiuntiva (RSM) Rimborso Spese	
Mediche	pag. 55
Condizioni applicabili alla Garanzia Aggiuntiva (ASS) Assistenza Medica	pag. 74

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE APPLICABILI ALL'ASSICURAZIONE PRINCIPALE TCM

Art. 1 – Disciplina del contratto e condizioni di applicabilità

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

Il contratto è costituito dall'Assicurazione Principale e da almeno una delle Garanzie Aggiuntive.

L'età minima all'ingresso dell'assicurato è 18 anni, mentre l'età massima è 74 anni.

L'età dell'Assicurato alla scadenza non deve essere superiore a 75 anni.

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

Art. 2 – Entrata in vigore dell'Assicurazione

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Contratti con accertamenti sanitari

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

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

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

L'emissione del documento di polizza da parte di Pramerica avviene, a condizione che:

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

* * *

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

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

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

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

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

Ugualmente, il presente articolo non troverà applicazione:

- secondo quanto previsto dal successivo art. 6 punto B nel caso in cui la morte sia dovuta a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa correlata o**
- in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti rese nella proposta.**

Art. 3. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

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

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

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla sua riattivazione, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, di alterazione dolosa o omissione della verità. In tal caso sarà applicato il punto a) che precede. Inoltre, l'inesatta indicazione della data di nascita dell'Assicurato comporta la rettifica delle prestazioni assicurate in base alla data corretta.

Le dichiarazioni, rese dal Contraente e dall'Assicurato o acquisite dalla Società, all'atto della sottoscrizione di ulteriori contratti di assicurazione stipulati con la Società stessa, non liberano, il Contraente e l'Assicurato, dall'obbligo di fornire dichiarazioni esatte complete e veritiere con riferimento al presente contratto di assicurazione.

Il Contraente è altresì tenuto a comunicare a Pramerica ogni eventuale cambiamento di cittadinanza e/o residenza fiscale entro 30 giorni dalla variazione.

Art.4 – Prestazioni assicurate con l'Assicurazione Principale

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

a) Prestazione in caso di morte

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto in qualsiasi epoca successivamente all'entrata in vigore dell'Assicurazione ed entro la durata contrattuale, la Società paga al Beneficiario designato in polizza il capitale caso morte assicurato, fatto salvo quanto previsto al successivo art. 6, **a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi.**

Dalla data di decesso dell'Assicurato l'Assicurazione Principale cesserà di produrre effetto (comprese le eventuali Garanzie Aggiuntive).

b) Prestazione in caso di Invalidità Grave e Permanente

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

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

c) Prestazione in caso di Living Needs Benefit - "Beneficio in Vita"

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

La prestazione per Living Needs Benefit - "Beneficio in Vita" garantisce all'Assicurato il pagamento anticipato del capitale caso morte assicurato, qualora l'Assicurato abbia una malattia terminale che comporti un'aspettativa di vita di sei mesi o meno, o necessiti del trapianto di un

organo vitale in mancanza del quale gli rimarrebbero sei mesi o meno di vita, come specificato al successivo art. 10, in qualsiasi epoca avvenga entro la durata contrattuale diminuita di 12 mesi, **a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi. Una volta riconosciuto il "Beneficio in Vita" l'Assicurazione Principale cesserà di produrre effetto (comprese le eventuali Garanzie Aggiuntive).**

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

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

Art. 5 – Beneficiario

Il Contraente designa il Beneficiario e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto a Pramerica o contenute in un testamento valido.

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

- 1) dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto a Pramerica, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- 2) dopo la morte del Contraente;
- 3) dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a Pramerica di volersi avvalere del beneficio.

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

Art. 6 – Limitazioni alla prestazione in caso di decesso

A. Esclusioni rischio di morte

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

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

In questi casi Pramerica liquiderà il solo importo dei premi versati, calcolati al momento della morte dell'Assicurato, al netto dei costi indicati al punto 6.1. della Nota Informativa.

B. Altre Limitazioni

1. Limitazioni in assenza di visite mediche.

Questo contratto prevede la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari.

È possibile, a determinate condizioni (prestazione assicurata, età dell'Assicurato), limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico da allegare alla proposta allegata nel Fascicolo Informativo.

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

In ogni caso si richiede al Contraente di leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario anamnestico.

2. Carenza in assenza del test HIV

In assenza del test HIV è convenuto che, qualora la morte dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o ad altra patologia ad essa collegata, Pramerica non riconoscerà il pagamento del capitale assicurato caso morte tuttavia qualora il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi, corrisponderà il solo importo dei premi versati al netto dei costi di cui al punto 6.1. della Nota Informativa.

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

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

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

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

Art. 8 – Denuncia di Invalidità Grave e Permanente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 11 – Durata del Living Needs Benefit - “Beneficio in vita”

La durata della presente copertura è pari a quella dell'Assicurazione Principale diminuita di 12 mesi e **si estingue automaticamente nei casi di estinzione della copertura dell'Assicurazione Principale. In caso di sospensione della medesima, la copertura LNB è sospesa fino alla eventuale riattivazione dell'Assicurazione Principale.**

Art. 12 – Denuncia dello stato di malattia terminale e obblighi relativi Living Needs Benefit “Beneficio in Vita”

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

A richiesta di Pramerica, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente copertura, hanno l'obbligo di:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta da Pramerica per l'accertamento dello stato di malattia terminale;
- consentire che Pramerica accerti con medici di sua fiducia e a sue spese lo stato di malattia terminale dell'Assicurato.

Art. 13 – Riconoscimento dello stato di malattia terminale Living Need Benefit - “Beneficio in Vita”

Qualora Pramerica riconosca lo stato di malattia terminale così come definito al precedente art. 12 il Living Needs Benefit verrà liquidato all'Assicurato entro un termine massimo di 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta e di eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.

In caso di decesso dell'Assicurato prima del pagamento del Living Needs Benefit Pramerica provvederà a liquidare il Capitale caso morte ai Beneficiari designati.

Qualora invece la malattia non venga riconosciuta come terminale ai sensi del precedente art. 10 o comunque lo stato di malattia terminale non sia stato definitivamente accertato e comunicato, il Contraente è tenuto a proseguire il versamento dei premi.

Accertato lo stato di malattia terminale, verrà restituito l'importo dei premi pagati scaduti posteriormente alla data di denuncia della malattia stessa.

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

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

Art. 14 – Premio dell'Assicurazione Principale

Il Contraente, sempre che l'Assicurato sia in vita, pagherà il premio, annuo anticipato per tutta la durata del contratto.

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

- a) mantenere inalterate le prestazioni assicurate ricalcolando il premio annuo in base all'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale dell'assicurazione;
- b) mantenere inalterato il premio annuo ricalcolando le prestazioni assicurate in base all'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale dell'assicurazione.

L'opzione scelta è modificabile da parte del Contraente con frequenza triennale.

La richiesta di modifica deve essere inviata dal Contraente almeno 90 giorni prima della ricorrenza triennale in cui l'opzione può essere esercitata.

L'importo del premio si determina annualmente in base all'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato, all'ammontare della prestazione assicurata con l'Assicurazione Principale. Il premio inoltre, varia secondo lo stato di salute, l'attività professionale e quella sportiva.

È previsto un premio annuo minimo di 200,00 euro.

Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali e semestrali.

La rata minima non può essere inferiore a 100,00 euro, indipendentemente dal frazionamento.

Il premio annuo anticipato è dovuto dal Contraente per tutta la durata del contratto ma non oltre la morte o l'Invalidità Grave e Permanente o dal riconoscimento del “Beneficio in Vita”, dell'Assicurato, se previsti nel contratto.

Le rate di premio devono essere pagate alle scadenze pattuite mediante addebito sul proprio conto corrente bancario.

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

È ammessa una dilazione di 30 giorni, senza oneri ed interessi, durante i quali la copertura assicurativa rimane in vigore.

Il Contraente non può opporre, a giustificazione del mancato pagamento del premio, il mancato ricevimento di avviso di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

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

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

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

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

Art. 15 – Mancato pagamento del premio: risoluzione del contratto

Il pagamento del premio deve essere effettuato entro 30 giorni dalla data di scadenza pattuita. Trascorso tale termine la garanzia assicurativa non è più operativa.

In tal caso i premi versati restano definitivamente acquisiti dalla Società ed il contratto si considera risolto di diritto.

In tutti i casi di estinzione dell'Assicurazione Principale le Garanzie Aggiuntive decadono e i premi restano acquisiti dalla Compagnia.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società o l'Intermediario, non gli abbia inviato avvisi di scadenza.

Art. 16 – Revoca della proposta

Ai sensi dell'art. 176 CAP il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima del perfezionamento del contratto che avviene nel momento in cui Pramerica rilascia al Contraente la polizza o comunica per iscritto allo stesso il proprio assenso, mediante lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. Gli obblighi assunti dal Contraente e da Pramerica cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte di Pramerica. Qualora il Contraente avesse già eseguito il versamento del premio dovuto, Pramerica, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà il premio pagato al Contraente stesso, con diritto di recuperare i costi indicati al punto 6.1. della Nota Informativa, le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato indicate nella proposta di assicurazione, se sostenute da Pramerica.

Art. 17 – Diritto di recesso

(Articolo valido per l'Assicurazione Principale e per le Garanzie Aggiuntive rami danni)

Ai sensi dell'art. 177 CAP il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data in cui si è perfezionato.

Il Contraente deve richiedere il recesso per iscritto, mediante lettera raccomandata.

Pramerica, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio da quest'ultimo pagato con diritto di recuperare i costi indicati al punto 6.1. della

Nota Informativa, le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato indicate nella proposta di assicurazione, se sostenute da Pramerica.

Pramerica tratterà per l'operazione di recesso 50,00 euro, in relazione alle spese sostenute per l'emissione del contratto ai sensi dell'art. 177 CAP.

Art. 18 – Riattivazione dell'Assicurazione Principale

Entro 3 mesi dalla data di scadenza della rata di premio non pagata, il Contraente ha il diritto di riattivare il contratto risoluto.

Oltre tale periodo la riattivazione può avvenire entro un ulteriore termine massimo di 3 mesi, **ma solo previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta di Pramerica che può richiedere all'Assicurato degli accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.**

La riattivazione viene concessa dietro il pagamento di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi legali calcolati in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione.

La riattivazione del contratto, effettuata nei termini di cui ai commi precedenti, entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto, fatto salvo, in ogni caso, quanto disposto dalle Condizioni di assicurazione in ordine alla validità delle garanzie assicurative.

Al termine del periodo utile per la riattivazione, i premi versati restano acquisiti da Pramerica.

Art. 19– Cessione – Pegno – Vincolo

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

Art. 20 – Pagamento delle prestazioni

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

in caso di morte dell'Assicurato:

- certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- copia del codice fiscale e del documento di identità valido del Beneficiario;
- relazione medica attestante le cause della morte;
- originale (o copia autenticata) della cartella clinica se esistente;
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, originale dell'atto di notorietà (o copia autenticata) sul quale viene indicato se il Contraente stesso ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire.

In caso di esistenza di testamento, l'atto di notorietà deve riportare gli estremi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;

- originale (o copia autenticata) del testamento se esistente;
- copia del verbale redatto dalle competenti autorità se la morte è dovuta ad infortunio o ad infortunio conseguente ad incidente stradale;
- modulo di identificazione del Beneficiario;
- modulo di attestazione di residenza fiscale (CRS).

in caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente, di Living Needs Benefit, CRILL e LTC, in aggiunta agli altri documenti indicati nei relativi articoli:

- certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato;

- copia di un documento di identità valido dell'Assicurato.

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

La documentazione sanitaria da inviare a Pramerica, a supporto della richiesta di liquidazione, deve essere emessa esclusivamente da uno dei seguenti Paesi:

Paesi membri dell'Unione Europea, Andorra, Australia, Canada, Isole del Canale della Manica, Gibilterra, Hong Kong, Islanda, Isola di Man, Giappone, Liechtenstein, Monaco, Nuova Zelanda, Norvegia, San Marino, Arabia Saudita, Sud Africa, Svizzera, Turchia, Stati Uniti d'America.

In caso di documentazione emessa da Paesi diversi da quelli sopra elencati, Pramerica si riserva il diritto di non accettarla, o eventualmente di richiedere o effettuare ulteriori accertamenti sanitari.

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

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sui richiedenti.

Verificatosi l'obbligo di pagamento delle prestazioni, Pramerica esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta; decorso tale termine il Beneficiario può richiedere gli interessi moratori a partire dal termine stesso.

La liquidazione di importo superiore a 10 milioni di euro richiesta da un unico Contraente/Beneficiario o da più Contraenti/Beneficiari, collegati ad un medesimo soggetto anche attraverso rapporti partecipativi, sarà effettuata nell'arco dei tre mesi successivi alla richiesta di liquidazione frazionando l'importo da movimentare in più operazioni, ciascuna delle quali non potrà essere superiore ad euro 10 milioni e sarà effettuata a distanza di tre mesi dalla precedente.

Ogni pagamento viene effettuato con assegno o bonifico.

Art. 21 – Flash Benefit

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

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

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

Nel caso l'Assicurato abbia più polizze, l'importo massimo liquidabile è di 20.000,00 euro (equamente suddiviso tra i diversi contratti).

Il pagamento sarà effettuato tramite assegno o bonifico.

La liquidazione della residua parte di capitale avverrà con le modalità e secondo le condizioni previste dalle Condizioni di assicurazione.

Qualora, in corso di istruttoria del sinistro, dovesse emergere l'applicabilità di esclusioni o limitazioni, ai sensi delle Condizioni di assicurazione, Pramerica si riserva la facoltà di recuperare l'importo

erogato a titolo di anticipazione.

Art. 22 – Legge applicabile al contratto

(Articolo valido per l'Assicurazione Principale e per tutte le Garanzie Aggiuntive)

Al contratto si applica la legge italiana.

Art. 23 – Lingua in cui è redatto il contratto

(Articolo valido per l'Assicurazione Principale e per tutte le Garanzie Aggiuntive)

Il contratto ed ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

Art. 24 – Tasse ed imposte

(Articolo valido per l'Assicurazione Principale e per tutte le Garanzie Aggiuntive)

Tasse e imposte relative al contratto, se previste, sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

Art. 25 – Non pignorabilità e non sequestrabilità

(Articolo valido per l'Assicurazione Principale e per tutte le Garanzie Aggiuntive)

Ai sensi dell'art 1923 del Codice Civile le somme dovute dalla Compagnia non sono pignorabili né sequestrabili.

Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (art. 1923 comma 2 del Codice Civile).

Art. 26 – Foro competente

(Articolo valido per l'Assicurazione Principale e per tutte le Garanzie Aggiuntive)

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

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

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

Art. A – Entrata in vigore

Le Garanzie Aggiuntive entrano in vigore a partire dall'entrata in vigore dell'Assicurazione Principale.

Art. B – Visite mediche

Presupposto per la sottoscrizione del contratto è l'accertamento dello stato di salute dell'Assicurato ed è pertanto necessario che lo stesso, a seconda dell'età assicurativa e della prestazione assicurata, compili e sottoscriva il questionario anamnestico o si sottoponga a specifiche visite mediche (come riportato alla sezione B punto 6.1.3 della Nota Informativa e nella Proposta di Assicurazione).

Art. C – Premio delle Garanzie Aggiuntive

Il Contraente pagherà il premio annuo anticipato per tutta la durata dell'Assicurazione Principale. Il premio è determinato in base:

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

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

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

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

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

Art. D – Modifica delle condizioni tariffarie

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

Il Contraente che non intenda accettare un eventuale aumento del premio dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 60 giorni prima della ricorrenza

annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta, applicando il tasso di premio aggiornato riferito all'età assicurativa raggiunta alla riscossione annua, all'ultimo premio corrisposto.

Art. E – Durata delle Garanzie Aggiuntive

La durata delle Garanzie Aggiuntive è pari alla durata contrattuale dell'Assicurazione Principale.

Art. F – Sospensione ed estinzione

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

Art. G – Riattivazione delle Garanzie Aggiuntive

La riattivazione dell'Assicurazione Principale comporterà la riattivazione delle Garanzie Aggiuntive.

Le Garanzie Aggiuntive entrano nuovamente in vigore alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto, con le seguenti modalità:

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

Art. H – Richiamo alle Condizioni di Polizza

Per tutto ciò che non è previsto da queste condizioni valgono in quanto applicabili le Condizioni di assicurazione e le norme di legge in materia.

CONDIZIONI APPLICABILI ALLA GARANZIA AGGIUNTIVA CRITICAL ILLNESS (CRILL) "MALATTIE GRAVI"

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

Art. 1 – Prestazione assicurata

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

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

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

Art. 2 – Definizioni di "malattia grave"

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

a) Infarto miocardico

L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata (coronaropatia). La diagnosi deve essere corredata da cartella clinica con relativi esami cardiologici (elettrocardiogramma ed enzimi/markers cardiaci aumentati).

Inoltre, devono essere soddisfatti i seguenti tre criteri al fine di formulare la diagnosi di nuovo infarto miocardico acuto:

- 1) sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio;
- 2) nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto;
- 3) tipica elevazione degli enzimi/markers biochimici cardiaci.

b) Cancro

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale, che eventualmente possono diffondersi ad altri organi (metastasi). Il termine "cancro" include anche la leucemia, il linfoma e la malattia di Hodgkin.

E' necessario che il cliente fornisca a Pramerica un referto con la diagnosi di cancro unitamente a un'istologia attestante la malignità del tumore. Nel caso in cui non ci fosse alcun referto della suddetta patologia, è necessario il certificato medico di un oncologo che ne confermi la malignità. Tale documentazione verrà comunque valutata anche dal medico fiduciario di Pramerica.

Art. 3 – Condizioni di assicurabilità – Limiti di età

L'età minima dell'Assicurato è 18 anni, mentre l'età massima è 55 anni.

L'età massima dell'Assicurato alla scadenza è pari a 70 anni.

Art. 4 – Carenza

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

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

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

- all'Assicurato venisse diagnosticata una delle “malattie gravi” coperte.

In caso di insorgenza di una delle “malattie gravi” durante il periodo di carenza, sempreché il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, Pramerica corrisponderà al Contraente i premi versati per la presente garanzia, al netto dei costi di cui al punto 6 della Nota Informativa e la garanzia non sarà più operativa, mentre rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Garanzie Aggiuntive.

Art. 5 – Esclusioni

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

Sono inoltre escluse:

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

Inoltre è escluso il pagamento della prestazione nei seguenti casi:

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

Art. 6 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi

Verificatasi la “malattia grave”, a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi all'evento, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece, deve farne denuncia a Pramerica entro 180 giorni dalla data in cui sia stata diagnosticata la “malattia grave” mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Trascorso questo termine Pramerica si riserva il diritto di

non liquidare il capitale assicurato in caso di malattia grave.

Alla denuncia di sinistro, compilata sull'apposito modulo firmato dal medico curante, deve essere allegata la dichiarazione del medico specialista attestante lo stato di salute dell'Assicurato, la documentazione sanitaria relativa all'evento e il certificato di esistenza in vita dell'Assicurato. Le dichiarazioni del medico specialista e la documentazione sanitaria da inviare a Pramerica, a supporto della richiesta di liquidazione, devono essere emessi esclusivamente da uno dei seguenti Paesi:

Paesi membri dell'Unione Europea, Andorra, Australia, Canada, Isole del Canale della Manica, Gibilterra, Hong Kong, Islanda, Isola di Man, Giappone, Liechestein, Monaco, Nuova Zelanda, Norvegia, San Marino, Arabia Saudita, Sud Africa, Svizzera, Turchia, Stati Uniti d'America.

In caso di documentazione emessa da Paesi diversi da quelli sopra elencati, Pramerica si riserva il diritto di non accettarla, o eventualmente di richiedere o effettuare ulteriori accertamenti sanitari.

A richiesta di Pramerica, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente Assicurazione, ha l'obbligo di:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta da Pramerica per l'accertamento dello stato di "malattia grave";
- fornire ogni ulteriore documentazione che Pramerica ritenesse opportuno richiedere;
- consentire a Pramerica di accertare con medici di sua fiducia lo stato di malattia dell'Assicurato.

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

Art. 7 – Controversia e Collegio Arbitrale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e dei relativi criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

La richiesta di Collegio Medico arbitrale è effettuata con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, entro 30 giorni dalla comunicazione del rifiuto da parte di Pramerica all'indennizzo.

Il Collegio Medico ha sede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo, il Collegio Medico ha sede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Ove ne riscontri l'opportunità, è data facoltà al Collegio Medico di rinviare l'accertamento definitivo dello stato di salute ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

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

Finché il sinistro "malattia grave" non sia stato definitivamente accertato, il Contraente è tenuto a proseguire il pagamento dei premi.

Accertato il sinistro "malattia grave", verrà restituito l'importo dei relativi premi pagati e scaduti posteriormente alla data di denuncia del sinistro della presente garanzia e nessun premio suc-

cessivo sarà dovuto ai sensi della presente Assicurazione. Il Contraente è tenuto a continuare a pagare i premi previsti dell'Assicurazione Principale e delle altre eventuali Garanzie Aggiuntive.

Art. 9 – Pagamento del capitale

Qualora Pramerica riconosca il diritto all'indennizzo della "malattia grave", così come definita al precedente articolo 2, verrà liquidato all'Assicurato il capitale assicurato previsto in proposte e polizza. Ai sensi della presente Assicurazione, la liquidazione avverrà entro un termine massimo di 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione richiesta comprese le eventuali integrazioni che si dovessero ritenere necessarie.

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

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

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

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

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

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sui richiedenti.

CONDIZIONI APPLICABILI ALLA GARANZIA AGGIUNTIVA LONG TERM CARE (LTC) "NON AUTOSUFFICIENZA"

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

Art. 1 – Prestazione assicurata

La presente Garanzia Aggiuntiva garantisce l'erogazione a favore dell'Assicurato di una rendita vitalizia pagabile in rate mensili posticipate, nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza, come descritto al successivo Art. 2 e fintanto che si trovi in tale stato.

L'importo della rendita mensile assicurabile varia da un minimo di 500,00 euro ad un massimo di 3.000,00 euro mensili, in base a quanto previsto in proposta e polizza.

Con il pagamento della prestazione assicurata per "non-autosufficienza", la garanzia accessoria si estingue e nulla è più dovuto. Il Contraente è tenuto a continuare a pagare i premi previsti dell'Assicurazione Principale e delle eventuali Garanzie Aggiuntive.

Se alla data di scadenza della garanzia aggiuntiva l'Assicurato non è stato colpito dalla "non-autosufficienza", la presente copertura si estingue ed i premi versati restano acquisiti da Pramerica.

Art. 2 - Definizione dello stato di non autosufficienza

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

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

Art. 3 – Condizioni di assicurabilità – Limiti di età

L'età minima dell'assicurato è 18 anni, mentre l'età massima è 65 anni.

L'età massima dell'Assicurato alla scadenza è pari a 70 anni.

Art. 4 - Carenza

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

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

In caso di perdita di autosufficienza da parte dell'Assicurato durante i periodi di carenza sopra indicati, Pramerica corrisponderà al Contraente i premi versati per la presente garanzia al netto dei costi di cui al punto 6 della Nota Informativa e la garanzia non sarà più operativa, mentre

rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Garanzie Aggiuntive.

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

Art. 5 - Esclusioni

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

- Dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario;
- Patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc...);
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi o colposi;
- Atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
- Atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- Infortunio che avvenga quando l'Assicurato si trova in stato di ebrezza caratterizzato da un tasso alcolico uguale o superiore al tasso autorizzato dal codice della strada in vigore alla data del sinistro;
- Malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- Rifiuto di seguire le prescrizioni mediche;
- Incidente aereo tranne se in qualità di passeggero di una linea aerea debitamente abilitata al trasporto pubblico dei passeggeri e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio;
- Contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- Sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- Pratica delle seguenti attività sportive, alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob, slittino;
- Partecipazione dell'Assicurato a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- Svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

In questi casi, non è prevista alcuna prestazione.

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

Art. 6 - Denuncia di sinistro e obblighi relativi

La richiesta di pagamento rivolta alla Compagnia deve essere accompagnata dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

In caso si verifichi lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, l'Assicurato stesso o chi per suo conto, dovrà darne avviso con lettera raccomandata alla Compagnia.

La denuncia deve essere accompagnata da tutta la documentazione necessaria per verificare lo stato di salute dell'Assicurato: certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, con la data della sua sopravvivenza e l'origine incidentale o patologica dello stato di non autosufficienza, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

La Compagnia accerterà lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere ulteriori esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso e si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione di carattere sanitario, non prevista nelle presenti Condizioni delle Garanzie Aggiuntive in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Le spese relative all'acquisizione di tale ulteriore documentazione gravano direttamente sui richiedenti.

La rendita sarà corrisposta se lo stato di "non autosufficienza" dell'Assicurato risulterà confermato in maniera definitiva, ovvero tale da escludere la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso.

La Compagnia esegue il pagamento per la prestazione in caso di non autosufficienza secondo le modalità di cui all' Art. 8.

Art. 7 - Obblighi antecedenti il riconoscimento del sinistro di "non autosufficienza"

Finché il sinistro per lo stato di non autosufficienza non sia stato definitivamente accertato, **il Contraente è tenuto a proseguire il pagamento del premio pattuito per tutta la durata prevista.**

Accertato il sinistro per lo stato di non autosufficienza, verrà restituito l'importo dei premi relativi alla presente garanzia aggiuntiva, pagati e scaduti posteriormente al periodo di franchigia di 90 giorni dopo la denuncia dello stato di non autosufficienza e nessun premio successivo, relativo alla presente garanzia aggiuntiva, sarà dovuto ai sensi della presente Assicurazione.

Il Contraente è tenuto a pagare i premi previsti dell'Assicurazione Principale e delle altre eventuali Garanzie Aggiuntive.

Art. 8 - Pagamento della prestazione

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia, accompagnata dalla documentazione di cui al precedente Art. 6, oltre alla copia di un documento d'identità valido dell'Assicurato.

Per il ricorso ad un'eventuale procedura arbitrale si rimanda al successivo Art. 11.

La prestazione di rendita avrà inizio, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di franchigia) a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza. Qualora gli accertamenti per lo stato di non autosufficienza necessitino di più di 90 giorni, all'atto dell'accertamento verranno erogate le eventuali rate di rendita arretrate e non erogate.

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

Decorsi 90 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato.

La rendita vitalizia non è riscattabile, è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.

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

Nel caso gli eredi dell'Assicurato, beneficiari del suddetto pagamento, risultino minorenni o inca-

paci, Pramerica richiederà la consegna preventiva del Decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata, contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o degli incapaci a riscuotere la somma dovuta, con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento, nonché all'eventuale reimpiego, della somma stessa. L'incapacità a compiere gli atti della vita quotidiana deve essere presumibilmente permanente, tuttavia se l'Assicurato dovesse riacquistare l'autosufficienza, cessa l'erogazione della prestazione prevista e le rendite precedentemente erogate, ma non dovute, dovranno essere restituite alla Compagnia.

In caso di perdita dell'autosufficienza nel periodo di carenza si rinvia al precedente Art. 4.

Il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le condizioni di carenza riportate all'Art. 4 e le esclusioni indicate all'Art. 5.

Inoltre Pramerica richiede, al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento della prestazione assicurata, ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza il certificato di esistenza in vita dell'Assicurato.

Art. 9 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

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

La Compagnia si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Assicurato non autosufficiente da un proprio medico di fiducia, e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di non autosufficienza.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della somma assicurata può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento.

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

Art. 10 - Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato

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

Art. 11 - Controversie e Collegio Medico Arbitrale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e dei relativi criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

La richiesta di Collegio Medico arbitrale è effettuata con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, entro 30 giorni dalla comunicazione del rifiuto da parte di Pramerica all'indennizzo.

Il Collegio Medico ha sede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo, il Collegio Medico ha sede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Ove ne riscontri l'opportunità, è data facoltà al Collegio Medico di rinviare l'accertamento definitivo dello stato di salute ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni

formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE APPLICABILI ALLE GARANZIE AGGIUNTIVE RAMO DANNI

CONDIZIONI APPLICABILI ALLA GARANZIA AGGIUNTIVA INFORTUNI E MALATTIA (INF)

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

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

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

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

Art. 2 - Proroga dell'assicurazione

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

Art. 3 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto all'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso mediante lettera raccomandata. Il diritto di recesso non opera in caso di sinistro per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia.

Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione. Il recesso esercitato dalla Società ha efficacia dopo 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. In tutti i casi entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la Società rimborsa al Contraente la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso per le garanzie cessate ed al netto delle imposte.

Art. 4 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso scritto alla Società dell'esistenza e della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, o rischi analoghi ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve dare avviso a tutte le Compagnie assicuratrici interessate indicando a ciascuna di esse il nome delle altre. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra consente alla Società di non corrispondere l'Indennizzo.

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicazione nel caso in cui le altre garanzie infortuni derivino da polizze automaticamente contratte con la titolarità di carte di credito, conti correnti bancari ed altri servizi simili.

Art. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

Le dichiarazioni inesatte e/o reticenti del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, ***possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.***

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

Art. 6 - Anticipata risoluzione

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

Art. 7 - Persone non assicurabili

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

Art. 8 - Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Art. 9 - Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Il premio della garanzia Invalidità Permanente da Malattia è determinato in funzione dell'età dell'Assicurato.

Ove prestata tale garanzia, in occasione di ogni ricorrenza annuale del contratto, il corrispettivo premio si adegua applicando i coefficienti per età.

Art. 10 - Assicurazione per conto altrui

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

Art. 11 - Oneri fiscali

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

Art. 12 - Foro competente

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

Art. 13 - Legge applicabile

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

Art. 14 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 15 - Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n. 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.

La polizza è pertanto assoggettata a imposte pari al 2,5% del premio.

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

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

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione, come disciplinato dall'art. 2952 del Codice Civile, si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Avvertenza: resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Società ha diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Sezione Infortuni

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

1. Norme che regolano l'assicurazione Infortuni

Art. 17 - Oggetto dell'assicurazione

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

In particolare, sono offerte le seguenti garanzie:

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

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

Sono considerati Infortuni anche:

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

Sono inoltre compresi gli Infortuni:

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

Art. 18 - Attività diverse da quella dichiarata

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

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

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

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

Per la valutazione del livello di rischio delle attività professionali, si fa riferimento alla Classificazione riportata nell'allegato 1) - Classificazione delle attività professionali.

In caso di attività eventualmente non specificate all'interno della stessa classificazione saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata. **Per le persone la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nei gruppi riportati nell'allegato 1), l'assicurazione è prestata esclusivamente previa autorizzazione della Società risultante da apposito atto dichiarativo.**

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

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

Garanzie prestate nell'ambito della Garanzia Aggiuntiva Infortuni

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

Art. 19 - Invalidità Permanente da Infortunio

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

Art. 19.1 - Accertamento del grado

Il grado di Invalidità Permanente è accertato sulla base delle percentuali stabilite nella Tabella di valutazione medico-legale indicata in polizza. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione della funzionalità, le percentuali sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità è stabilita mediante l'addi-

zione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. Nei casi non specificati sopra, il grado di Invalidità si determina secondo la loro gravità comparata a quella dei casi elencati nella Tabella di valutazione medico-legale. In caso di mancinismo, per le menomazioni degli arti superiori, le percentuali di Invalidità previste per il lato destro si applicano per il lato sinistro e viceversa.

Art. 19.2 - Determinazione dell'indennizzo

L'indennizzo si determina applicando il grado di Invalidità Permanente accertata alla Tabella di indennizzo indicata in polizza. La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla corrispondente somma assicurata.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato decede per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, ma non sia stato ancora corrisposto il relativo importo, la Società paga agli eredi dell'Assicurato, l'importo liquidato od offerto.

Art. 20 - Morte da Infortunio

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

Art. 20.1 - Morte presunta

Se a seguito di annegamento o di incidente della circolazione terrestre, navigazione marittima o aerea purché avvenuta durante la validità del contratto e che lo stesso sia indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non viene più ritrovato ma se ne presuma la morte, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso Morte. Tale liquidazione è subordinata alla condizione che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla presentazione della domanda di morte presunta, ai sensi degli articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Qualora successivamente al pagamento dell'Indennizzo si abbiano notizie sicure dell'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto alla restituzione dell'Indennizzo corrisposto. L'Assicurato potrà far valere i propri diritti per le lesioni eventualmente subite se indennizzabili ai termini delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 21 - Inabilità temporanea da infortunio (solo per lavoratori autonomi)

Se l'Infortunio ha per conseguenza l'Inabilità temporanea dell'Assicurato ed essendo la stessa indennizzabile a termini di polizza, la Società, per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun sinistro, liquida la diaria giornaliera indicata in polizza secondo le seguenti modalità:

100% della somma assicurata per Inabilità Temporanea per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica mediante certificato medico di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza; 50% per Inabilità Temporanea per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate, **in ogni caso previa detrazione della Franchigia fissa e assoluta pari a 7 giorni.**

La garanzia Inabilità temporanea non è operante per gli Infortuni occorsi durante l'esercizio di attività sportive, effettuate con tesseramento presso le relative Federazioni.

Tale garanzia è operante nel caso in cui l'Assicurato *non sia classificabile* come lavoratore dipendente o non lavoratore, alla data dell'infortunio. Nel caso in cui l'Assicurato perda la qualifica alla presente garanzia nel corso della durata della polizza a causa di un cambio dello stato lavorativo, lo stesso dovrà darne tempestiva comunicazione alla Società ed avrà diritto alla restituzione della parte di premio non goduta al netto delle imposte.

Art. 22 - Diaria da Ricovero

La Società rimborsa il 100% della diaria assicurata per ogni giorno di ricovero reso necessario da infortunio per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun sinistro. Il giorno di entrata e quello di

uscita dalla struttura sono considerati come un giorno ai fini della liquidazione. Nulla viene liquidato in caso di Day Hospital.

La Società corrisponde una diaria da convalescenza pari al 50% della diaria da ricovero assicurata. La diaria da convalescenza viene corrisposta per un numero di giorni pari a quelli del ricovero, fino ad un massimo di 50 giorni per evento. Analogamente a quanto avviene per la diaria da ricovero, anche in caso di convalescenza nulla viene liquidato in caso di Day Hospital. La diaria viene corrisposta indipendentemente dall'avvenuta prescrizione medica.

Art. 23 – Diaria da Gessatura

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

Altre garanzie

Art. 24 - Morte contestuale

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

Art. 25 - Rotture Tendinee sottocutanee

A parziale deroga del paragrafo "Esclusioni" del capitolo "Delimitazioni ed esclusioni", relativamente agli esiti di rottura sottocutanea di:

- tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non);
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;
- cuffia dei rotatori;

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

Art. 26 - Rimpatrio Salma

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

Delimitazioni

Art. 27 - Esclusioni (operanti per tutte le garanzie)

L'assicurazione non è operante in caso di Morte da Infortunio, Invalidità Permanente ed Inabilità Temporanea conseguenti ad infortuni accaduti prima della data di effetto dell'assicurazione, Diaria da ricovero e Diaria da gessatura.

Sono esclusi dall'assicurazione gli Infortuni conseguenti:

- 1) alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti;***
- 2) all'uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma; a corse, gare e relative prove ed allenamenti di manifestazioni sportive di rilievo inter-***

- nazionale. L'esclusione non si applica in caso di corse podistiche e regate veliche svolte nelle acque interne europee e nel bacino del Mediterraneo;
- 3) alla pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
 - 4) alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore. L'esclusione non si applica per gli Infortuni subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che l'Assicurato stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'Infortunio; l'assicurazione si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'Infortunio stesso;
 - 5) a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio, ad eccezione dei medici e/o infermieri in servizio di emergenza e/o pronto soccorso;
 - 6) all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, downhill bike, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate;
 - 7) alla guida di veicoli e natanti a motore, quando il livello di alcolemia dell'Assicurato supera i limiti previsti dalla Legge;
 - 8) all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
 - 9) a delitti dolosi dell'Assicurato e/o dei beneficiari, ad atti di autolesionismo e al suicidio;
 - 10) alla partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, rivoluzioni, atti di terrorismo;
 - 11) a inondazioni, alluvioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, insurrezioni, fatti di guerra;
 - 12) a stato di guerra, quando l'Assicurato si trovi già all'estero e gli Infortuni si siano verificati dopo 14 giorni dallo scoppio degli eventi bellici e in tutti i casi in cui l'Assicurato si rechi volontariamente in Paesi interessati da operazioni belliche;
 - 13) a dirette o indirette trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.). A contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico;
 - 14) ad infarti ed ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini (salvo quanto previsto al capitolo "Altre garanzie sempre operanti" al paragrafo "Rotture tendinee sottocutanee").

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

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

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

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

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

Art. 29 - Franchigia attività sportive

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

Art. 30 - Limiti di età

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

	Garanzia	Età minima all'ingresso	Età massima a scadenza
Copertura Infortuni e Malattia			
MI	Morte da Infortunio	18	70
	Invalità Permanente da Infortunio	18	70
	Invalità Permanente da Malattia	18	65
	Inabilità Temporanea da Infortunio	18	65
	Diarìa da Ricovero a seguito di Infortunio	18	70
	Diarìa da Gesso	18	70
Garanzia Assistenza			
AS	Assistenza	18	(*)

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

Sezione Malattia

Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia

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

Art. 31 - Oggetto dell'assicurazione

È assicurata l'Invalidità Permanente conseguente a Malattia, di grado superiore al 22% secondo i criteri di seguito indicati, manifestatasi successivamente alla data di effetto della polizza e non oltre la data della sua cessazione, secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono, purché non conseguente o complicanza diretta o indiretta di stati patologici pre-esistenti, avvenuta in forza di contratto e che la stessa sia indennizzabile ai termini di polizza.

Per accedere alla copertura assicurativa, l'Assicurato deve obbligatoriamente compilare un questionario sanitario che forma parte integrante delle polizze così come l'eventuale ulteriore documentazione medica acquisita per la valutazione del rischio.

Art. 32 - Accertamento del grado di Invalidità Permanente da Malattia

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

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente non possa essere determinata sulla base dei valori riportati nella tabella menzionata, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, nella quale è diminuita la capacità dell'Assicurato ad adempiere a un

qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 22% della totale.

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

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

Art. 33 - Determinazione dell'Indennizzo

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

Delimitazioni

Art. 34- Esclusioni

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

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

- 1) **Malattie mentali, malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico**

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

Art. 35 - Decorrenza della garanzia - Termini di carenza

La garanzia vale per le Invalidità permanenti conseguenti a Malattia manifestatasi dopo il 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza con garanzia Invalidità Permanente da Malattia riguardante lo stesso Assicurato, i termini di cui sopra operano:

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

Art. 36 - Limiti di età

Garanzia Invalidità Permanente da Malattia

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

Età all'ingresso 18 anni.

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

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

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

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

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

documentazione a:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 38 - Criteri di indennizzabilità per la garanzia Infortuni

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

Art. 39 - Per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia

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

Art. 40 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione (cartelle cliniche, esami specialistici, certificazioni mediche, ricevute o fatture di pagamento in originale), espletate tutte le indagini richieste e verificata la validità delle garanzie, la Società determina l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, ricevuta notizia della loro accettazione, si impegna a disporre il pagamento entro 15 giorni da quest'ultima. Qualora non ci sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'Indennizzo, la Società, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico, provvede al pagamento dell'importo dalla stessa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio medico.

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

Art. 41 - Controversie - Collegio Medico Arbitrale

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze invalidanti del sinistro, nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità previsti dalle Condizioni di Assicurazione, può essere demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio medico risiede nella città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato, salvo che le Parti, in alternativa, concordino di scegliere la città sede della direzione della Società o la città sede dell'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la polizza. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno.

Allegati

Allegato I - Classi di rischio delle attività professionali

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

CLASSE 1

Descrizione Attività Professionale

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

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

CLASSE 2

Descrizione Attività Professionale

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

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

CLASSE 3

Descrizione Attività Professionale

Agenti/ispettori di assicurazione
Albergatori con o senza prestazioni manuali
Architetti con accesso cantieri senza lavoro manuale
Articoli ed apparecchi fotografici e di ottica, dischi e musica, strumenti musicali (addetti alla produzione di)
Articoli igienico-sanitari con installazione (addetti alla produzione di)
Autisti ambulanza
Autisti di autobus pubblici e da turismo o di autocarri e motocarri senza carico e scarico
Autoriparatori (carrozzeri o meccanici)
Barbieri, parrucchieri da donna
Benestanti senza particolari occupazioni
Carpentieri in legno o ferro
Cartolerie, librerie, edicole (commessi ed addetti di)
Cave a giorno: proprietari o addetti che lavorano manualmente
Clero (appartenenti al)
Conciai
Dirigenti occupati anche all'esterno con accesso a cantieri, ponti, impalcature ecc.
Distributori automatici di carburante (gestori di) senza operazioni di manutenzione, lavaggio e simili
Domestici
Elettrauto
Elettricisti che lavorano anche o solo all'esterno di edifici ed a contatto anche con correnti ad alta tensione
Elettrodomestici, radio-TV, mobili, articoli igienico-sanitari: con o senza installazione ma esclusa la posa
Fabbri a terra o anche su impalcature e ponti
Falegnami
Floricoltori
Fonditori
Geologi
Geometri occupati anche all'esterno ma senza accesso ai cantieri
Giardinieri - Vivaisti
Giornalisti (cronisti, corrispondenti)
Imbianchini anche all'esterno di edifici e con uso di scale, impalcature e ponti
Impiegati amministrativi in genere

Impiegati in agenzie d'affari, di pubblicità e di viaggi
Imprenditori in genere (non edili) che possono prendere parte ai lavori
Ingegneri occupati anche all'esterno che accedono anche ai cantieri
Litografi e tipografi
Magistrati
Mediatori di bestiame
Medici
Mobiliari: fabbricazione mobili in legno
Ortopedici (fabbricanti di apparecchi)
Ostetriche
Panetterie, pasticcerie, gelaterie: per tutti compresa produzione propria (addetti di)
Periti liberi professionisti occupati anche all'esterno
Restauratori e antiquari (esclusi mobili e senza uso di impalcature)
Riparatori elettrodomestici e computer
Sarti
Tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori (addetti di)
Topografi
Vetrinisti

CLASSE 4

Descrizione Attività Professionale

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

Insegnanti scolastici e docenti universitari
 Istruttori di teoria di scuola guida
 Magliaie
 Notai
 Oreficerie, orologerie, gioiellerie (addetti di)
 Restauratori ed antiquari con restauro di mobili (addetti di)
 Scrittori
 Studenti
 Tappezzeri
 Tornitori

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

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

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

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

Allegato 3 - Invalidità Permanente da Infortunio

Franchigia 3%

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

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

Allegato 4 - Invalidità Permanente da Infortunio

Franchigia 5%

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

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

CONDIZIONI APPLICABILI ALLA GARANZIA AGGIUNTIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE (RSM)

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

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

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

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

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

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

Art. 2 - Proroga dell'assicurazione

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

Art. 3 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto lo stesso rischio o rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa. Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

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

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

Le dichiarazioni inesatte e/o reticenti del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**

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

Art. 5 - Anticipata risoluzione

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 4 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni" e 6 "Persone non assicurabili", spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Art. 6 - Persone non assicurabili

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

Art. 7 - Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Art. 8 - Assicurazione per conto altrui

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

Art. 9 - Oneri fiscali

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

Art. 10 - Foro competente

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

Art. 11 - Legge applicabile

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

Art. 12 - Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n. 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.

La polizza è pertanto assoggettata a imposte pari al 2,5% del premio.

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

Art. 13 - Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione, come disciplinato dall'art. 2952 del Codice Civile, si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Avvertenza: resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Società ha diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 14 - Rischi esclusi dall'assicurazione per opzione 1, opzione 2 e opzione 3

L'assicurazione non è operante per:

1) **le conseguenze, complicità dirette o indirette di malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Sanitario (se non comprese mediante specifico atto contrattuale), nonché quelle sottaciute alla Società all'atto della sottoscrizione però già conosciute e/o diagnosticate; qualora la copertura sia garantita "senza soluzione di continuità":**

- **in caso di sottoscrizione CON QUESTIONARIO SANITARIO per la precedente copertura sanitaria, resta comunque valido il questionario sanitario già compilato e sottoscritto dagli Assicurati (che formerà parte integrante della polizza), nonché le esclusioni specifiche da esso scaturite ed applicate dal precedente assicuratore. Restano comunque escluse le patologie preesistenti conosciute e diagnosticate alla data della prima sottoscrizione, anche se non dichiarate nel questionario sanitario sopra indicato.**

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

2) **le conseguenze dirette ed indirette di infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura;**

3) **le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**

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

- 28) **protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di ricovero e Day Hospital con intervento chirurgico;**
- 29) **trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio;**
- 30) **lenti ed occhiali (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);**
- 31) **i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri).**

Art. 15 - Termini di aspettativa/Carenze

Trovano applicazione i seguenti periodi di carenza per opzione 1, opzione 2 e opzione 3.

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

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

Art. 16 – Limiti di età

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

È prevista la compilazione di un Questionario Sanitario per ciascuna persona assicurata.

Per i minori provvederà un genitore.

Sono assicurabili le persone residenti in Italia e Città del Vaticano.

Art. 17 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

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

Art. 18 - Oggetto dell' Assicurazione

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

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

Art. 19 – Prestazioni ospedaliere (Ricoveri)

A. Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti di cura

1. Ricovero con/senza intervento chirurgico:

- a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, relativi al periodo di ricovero che comporti l'intervento chirurgico;

- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi solo in regime di ricovero con intervento chirurgico, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo del ricovero;
- c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi solo a seguito di ricovero con intervento chirurgico, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- f. assistenza infermieristica privata individuale, nel limite di 50 euro al giorno per un massimo di 30 giorni per evento in caso di ricovero senza intervento chirurgico, ovvero senza alcun limite in caso di ricovero con intervento chirurgico;
- g. trapianto: sono coperte le prestazioni di cui ai punti precedenti relative al ricovero del donatore per il prelievo, trasporto di organi o parti di essi se l'Assicurato è ricevente, oppure sostenute per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è donatore vivente.

2. Day Hospital con intervento chirurgico:

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

3. Day Hospital senza intervento chirurgico:

- a. l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

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

4. Intervento chirurgico ambulatoriale:

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

5. Parto cesareo e aborto terapeutico:

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

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

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

6. Parto fisiologico:

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

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

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

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

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

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

8. Correzione difetti visivi:

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

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

- d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche effettuate nei giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

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

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

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

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

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

In particolare:

- Gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria e effettuabili attraverso la medesima via d'accesso sono compresi nel sublimite o plafond dell'intervento principale presente in polizza, ove previsti;

- Gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità **dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.**

Il limite di rimborso per ogni singolo intervento plafonato è riferito alle sole spese connesse al periodo di ricovero con intervento chirurgico (Istituto di Cura ed equipe medica).

Le spese relative alle prestazioni PRE e POST ricovero saranno rimborsate come da Opzione Assicurativa prescelta al netto di eventuali franchigie.

B. Indennità sostitutiva

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

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

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

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

C. Accompagnatore

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

D. Trasporto dell'Assicurato

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta le spese del trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzo di trasporto sanitario se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero.

La presente prestazione è prevista nei casi disciplinati alle precedenti lettere A (esclusi i punti 4, 7 e 8) e B.

E. Rimpatrio Salma

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

F. Neonato

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

- a)** sostenute durante il ricovero, rese necessarie da malattia o infortunio, del neonato.
La garanzia è prestata esclusivamente come indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta dalla madre e operante a condizione che il parto sia avvenuto trascorsi 365 giorni dalla data di effetto della polizza.
- b)** relative a ricoveri per interventi di correzione o eliminazione di malformazioni congenite, del neonato entro i submassimali indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta ed a parziale deroga dell'art. 14 punto 24 "Rischi esclusi dall'Assicurazione" fermi gli scoperti relativi alla garanzia Ricovero con/senza intervento, purchè in corso di validità di copertura.

G. Ticket SSN sulle prestazioni coperte (ospedaliere)

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

Art. 20 - Prestazioni extraospedaliere

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

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

Diagnostica di Alta Specializzazione

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

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia.

Endoscopie non comportanti biopsia

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosocopia
- Rettoscopia.

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

I. Cure Domiciliari ed Ambulatoriali

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

- 1. onorari medici per visite specialistiche**, prescritte dal medico curante, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio. In caso di infortunio gli onorari medici per visite specialistiche vengono rimborsati purché l'infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, documentazione medica o esiti di esami strumentali;
- 2. accertamenti diagnostici ed analisi**, prescritti dal medico curante (con esclusione degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio); in caso di infortunio, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, documentazione medica o esiti di esami strumentali.
- 3. trattamenti fisioterapici e riabilitativi**, resi necessari da malattia, prescritti da medico specialista ed effettuati e fatturati da Istituto di Cura, Centro Medico o da medico specialista con un massimo di 1 ciclo (10 sedute) per anno e per Assicurato;
- 4. medicinali**, fermo il submassimale indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, con esclusione dei prodotti omeopatici. Tali prodotti devono essere prescritti dal medico e inerenti al sinistro denunciato.
A tale scopo l'Assicurato dovrà inviare:
 - a.** la prescrizione medica con l'indicazione del nominativo del paziente, il nome del medicinale prescritto e la relativa patologia accertata;
 - b.** lo scontrino fiscale parlante valido ai fini fiscali con l'indicazione del singolo prodotto acquistato ed il relativo costo;

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

J. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio

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

K. Cure odontoiatriche da infortunio

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

L. Lenti / occhiali

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

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

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

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

M. Ticket SSN sulle prestazioni coperte (extraospedaliere)

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

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

Garanzie, condizioni, massimali e limiti di intervento

(vedi tabella pagina successiva)

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

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 21 - Attivazione della copertura e gestione sinistri

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

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

- a) avvalersi di Istituti di cura e medici convenzionati usufruendo del pagamento diretto da parte della Società (assistenza diretta);
- b) avvalersi di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (assistenza indiretta);
- c) avvalersi di Istituti di cura e medici non convenzionati (forma indiretta), richiedendo successivamente il rimborso alla Società (assistenza indiretta);
- d) utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale;

secondo quanto di seguito indicato:

1. Utilizzo di Istituti di cura e medici convenzionati

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

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

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

3. Utilizzo di Istituti di cura e medici non convenzionati

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

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

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

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

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

SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- nome e cognome dell'Assicurato;
- la diagnosi;
- per i ricoveri o Day Hospital:
 - se con intervento, dovrà essere indicato l'intervento chirurgico;
 - se senza intervento, il certificato dovrà contenere l'iter diagnostico e terapeutico;
- per i soli interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione il certificato medico dovrà contene-

re anche il tipo della lesione, la sede e le dimensioni;

- il regime in cui si eseguirà la prestazione (Day Hospital, Ricovero, Int. Ambulatoriale etc.);
- se richiesto, altra documentazione medica/esiti di esami strumentali utili alla valutazione.

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

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

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

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

La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assicurati:

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

La Centrale Operativa di Previmedical informerà l'Assicurato e inoltrerà alla Struttura Sanitaria la conferma di autorizzazione ad usufruire delle prestazioni in forma Diretta entro i limiti indicati nel "Modulo di Autorizzazione", esclusivamente **se dall'esame della documentazione medica pervenuta il sinistro risulterà indennizzabile a termini di polizza.**

In alternativa, qualora non fosse possibile autorizzare l'Assistenza Diretta con la sola documentazione medica inoltrata, Previmedical potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali, oppure negare l'autorizzazione all'Assistenza Diretta.

Art. 21.4 - Criteri di liquidazione del rimborso spese mediche

1. Utilizzo di Istituti di cura e medici convenzionati (assistenza diretta)

Il pagamento che la Società avrà effettuato ad istituti di cura o medici convenzionati solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della Centrale Operativa, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valu-

tazione della Società sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza al ricevimento della documentazione completa.

La Società si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita.

Qualora da controlli amministrativi successivi, risultasse che la Copertura Sanitaria non sia attiva per l'annualità in corso, oppure risultasse la mancanza della regolarità amministrativa della polizza o della singola posizione, l'Assicurato dovrà saldare personalmente alla Struttura Sanitaria le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate in regime di Assistenza Diretta.

2/3. Utilizzo di Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati e Utilizzo di Istituti di cura e medici non convenzionati (assistenza indiretta)

La Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto **dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso, delle fotocopie delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali accompagnate dalla documentazione medica giustificativa quale:**

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

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato, beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato/Caponucleo.

Le prestazioni devono essere effettuate da personale specializzato (medico specialista, infermiere, fisioterapista), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura o da Centro Medico.

L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di cura, di uno studio medico o di un medico specialista.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi certificata.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo.

In caso di più ricoveri per la medesima patologia effettuati a breve distanza di tempo, la Società può richiedere per le degenze successive al primo ricovero una relazione clinica specialistica che lo documenti.

Le prestazioni relative a ricoveri in struttura privata senza intervento e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto (c.d. "ricoveri impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito e nei termini di cui al punto "Specialistiche Extraospedaliere".

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

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (assistenza indiretta)

Nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso delle spese, questo avverrà con le modalità previste dal precedente punto 2/3 del presente articolo.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato richieda la corresponsione dell'Indennità Sostitutiva, egli **dovrà far pervenire direttamente alla Società la copia conforme della cartella clinica completa; inoltre, se richiesto, dovrà fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici. Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente, anche per l'indennità sostitutiva relativa a ricoveri sostenuti all'estero.**

Spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero:

Il rimborso delle spese sanitarie viene effettuato secondo quanto previsto al precedente punto 2/3 se in regime indiretto, o secondo quanto previsto al precedente punto 1, se in regime diretto.

Art. 21.5 – Denuncia sinistri per le richieste di rimborso (assistenza indiretta)

Qualora l'Assicurato non attivi l'assistenza diretta optando per l'assistenza indiretta come indicato ai punti 2/3 e 4 dell'art. 21.4, la documentazione deve essere inoltrata inviando una pratica per ogni Assicurato e per singola patologia con:

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

Nelle modalità indicate di seguito:

- in forma cartacea unitamente al modulo e ai relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

Ufficio Liquidazioni Pramerica

c/o Previmedical S.p.A.

Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

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

Art. 21.6- Prestazioni eseguite da strutture e medici convenzionati

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

Art. 22 – Controversie – Collegio Medico Arbitrale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di

tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

CONDIZIONI APPLICABILI ALLA GARANZIA AGGIUNTIVA ASSISTENZA (ASS)

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

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

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

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

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

Art. 2 – Prestazioni di Assistenza

2.1. - Collaboratore familiare

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

2.2. - Consegna esiti a domicilio

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

2.3. - Consegna medicinali

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

2.4. - Consegna spesa a domicilio

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

2.5. - Consulenza medica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. L'équipe medica, di cui la Centrale Operativa si avvale, provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione avviando ad

eventuali problemi di comunicazione e di lingua. Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

2.6. - Consulenza medica telefonica

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

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

- *consulenza telefonica medico specialistica*: quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni e non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

2.7. - Guardia Medica Permanente ed Assistenza Domiciliare di Urgenza

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

Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

2.8. - Invio di un fisioterapista

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

2.9. - Invio di un infermiere a domicilio

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

direttamente all'infermiere. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

2.10. - Invio di un medico generico a domicilio

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

2.11. - Rimpatrio Salma

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

2.12. - Second Opinion - Secondo Parere Medico

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

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

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

2.13. - Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga organizzato e gestito da parte della Centrale Operativa per il tramite di centri convenzionati che

erogano il servizio. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative. I costi del trasporto verranno fatturati a tariffa agevolata direttamente all'Assicurato.

2.14. - Tutoring

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

Art. 3 - Modalità per la richiesta di assistenza

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

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

GLOSSARIO

Appendice

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

Assicurato

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

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Assistenza infermieristica

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Attività professionali

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

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.

CAP

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

Carenza / Termini di aspettativa

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

Caricamenti

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

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

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

Cessione

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

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

Conclusione del contratto /Perfezionamento del contratto

Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il contratto sottoscritto dalla Società.

Condizioni di assicurazione

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

Contraente

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

Costo percentuale medio annuo

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

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

D

Decorrenza del contratto (decorrenza della garanzia, decorrenza della polizza)

Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Day Hospital con/senza intervento

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

Difetti fisici

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

Documentazione sanitaria e di spesa

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

Durata del contratto

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi

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

E

Esclusioni

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

Estratto Conto Annuale

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

Età assicurativa

Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

Evento

Prestazioni Ospedaliere: il singolo ricovero, Day Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero, Day Hospital o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

Prestazioni Extraospedaliere: l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, prescritti ed inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

F

Franchigia

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

G

Garanzie Aggiuntive

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

Garanzia Principale

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

I

Impignorabilità e insequestrabilità

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

Imposta sostitutiva

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

Imposta sulle assicurazioni

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

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Inabilità temporanea da infortunio

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

Intermediario

E' l'intermediario assicurativo, di cui al titolo IX (Intermediari di assicurazione e di riassicurazione) del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 – Codice delle Assicurazioni Private, del Gruppo Assicurativo Pramerica, convenzionalmente denominato anche Agente, Sub-Agente, Sales Associate e Banche.

Intervento chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

Intramoenia

Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di Day Hospital o di Ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Invalidità Permanente

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

Invalide Civile

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

Istituto di Cura

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

IVASS

(Il 1° gennaio 2013 l'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP. Ogni riferimento all'ISVAP contenuto nella documentazione contrattuale e pre-contrattuale deve intendersi effettuato all'IVASS).

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Malattia

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

Malattia mentale

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

Malattia organica

Termine utilizzato per descrivere qualsiasi disturbo o patologia dove vi siano cambiamenti anatomici e/o fisiologici in un

organo o tessuto, che possano essere identificati, osservati e misurati tramite esami diagnostici di tipo strumentale o di laboratorio.

Malformazione

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

Massimale

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

Medicina alternativa o complementare (MAC)

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

Minimo trattenuto

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

N

Non Autosufficienza

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

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

O

Opzione Assicurativa

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

Opzioni (di contratto)

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

P

Patologia preesistente

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

Pegno

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

Perfezionamento del contratto

Vedi "Conclusione del contratto".

Polizza

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

Premio

Importo che il Contraente si impegna a corrispondere alla Compagnia.

Prescrizione

Estinzione di un diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.

Previmedical S.p.A.

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

Proposta

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

Q

Questionario Sanitario (o anamnestico)

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Quietanza di Pagamento

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

R

Recesso (o ripensamento)

Diritto del Contraente di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.

Rette di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Revoca della proposta

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

Riattivazione

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

Ricorrenza annuale

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

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Rimborso: somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

Risoluzione del contratto

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

S

Scoperto

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

Sforzo

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

Sinistro

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Società di Assicurazione

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di Assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Sovrappremio

Maggiorazione di premio richiesta dalla Società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

Sport professionistico

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

Struttura Operativa

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

Struttura organizzativa

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

Strutture Sanitarie e Medici convenzionati (Network Sanitario)

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

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

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

Tabella di Indennizzo

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

Tabella di valutazione medico-legale

La tabella finalizzata alla determinazione del grado di Invalidità Permanente subito dall'Assicurato in seguito a sinistro.

Tariffa

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

Tasso Tecnico

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

Territorio italiano

Il territorio della Repubblica Italiana e della Città del Vaticano.

Trasformazione

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

Vincolo

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

Visita specialistica

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

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO (PERSONA FISICA)***A. Informazioni sullo stato occupazionale**

Qual è attualmente il Suo stato occupazionale?

- Occupato con contratto a tempo indeterminato.
 Autonomo/libero professionista/titolare di rendite.
 Pensionato.
 Occupato con contratto a tempo determinato, di collaborazione organizzata, di collaborazione coordinata e continuativa ante D.Lgs 81/2015, interinale, etc.
 Non occupato.

B. Informazioni sulle persone da tutelare

Ha necessità di tutelare assicurativamente altre persone?

Sì No se si quali _____**C. Informazioni sull'attuale situazione assicurativa**

Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?

- Risparmio/Investimento.
 Previdenza/Pensione Complementare.
 Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità, malattie gravi).
 Nessuna copertura assicurativa vita.
- C.1. Con questa proposta intende sostituire in tutto o in parte alcune delle polizze sulla vita con Pramerica o altra Compagnia?
Sì No
- C.2. Il premio per questa proposta è stato pagato in tutto o in parte con fondi presi da polizze sulla vita con Pramerica o altra Compagnia?
Sì No

D. Informazioni sulla situazione finanziaria

Per valutare l'adeguatezza dell'investimento assicurativo da Lei sottoscritto, Le richiediamo il Suo livello di capacità media annua di risparmio. Qual è la Sua capacità di risparmio medio annuo?

- Fino a € 5.000,00
 Da € 5.000,00 a € 15.000,00
 Oltre € 15.000,00

La Sua capacità di risparmio deve essere valutata tenendo conto della Sua situazione patrimoniale, reddituale ed al netto degli impegni finanziari già in essere; al fine di permetterLe una corretta indicazione delle capacità di risparmio, La preghiamo di valutare ed indicare alcuni dei fattori rilevanti:

Reddito annuo variabile o incerto

Sì No

Numero di persone componenti nucleo familiare _____

Di cui a carico _____

Eventuale esposizione finanziaria annuale: rate per mutui e finanziamenti

- Assente fino a € 1.000,00
 Da oltre € 1.000,00 a € 5.000,00
 Oltre € 5.000,00

E. Informazioni sulle aspettative in relazione al contratto**E.1. Obiettivi assicurativi/Previdenziali**

Quali sono gli obiettivi assicurativi che intende perseguire con il contratto?

- Risparmio/Investimento
 Previdenza/Pensione Complementare
 Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità da infortunio o malattie gravi)

E.2. Orizzonte Temporale

Qual è il periodo dopo il quale Lei si aspetta di veder raggiunti, anche con riferimento alla durata contrattuale, gli obiettivi minimali perseguiti col contratto e valutare nuovamente le caratteristiche offerte?

- Lungo periodo (> 10 anni)
 Medio periodo (6-10 anni)
 Breve periodo (≤ 5 anni)

E.3. Propensione al rischio del contratto

Qual è la Sua propensione al rischio e conseguentemente la Sua aspettativa di rendimento dell'investimento, relativamente al prodotto proposto?

- Bassa (sono disposto/a a sopportare oscillazioni molto limitate del valore dell'investimento nel tempo e di conseguenza ad accettare rendimenti modesti ma sicuri alla scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato).
 Media (sono disposto/a a sopportare oscillazioni contenute del valore dell'investimento nel tempo e di conseguenza ad accettare probabili rendimenti medi alla scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato).
 Alta (sono disposto a sopportare oscillazioni anche elevate del valore dell'investimento nell'ottica di perseguire nel tempo la massimizzazione dei rendimenti, con la consapevolezza che ciò comporta dei rischi).

E.4. Esperienza finanziaria

Qual è la Sua esperienza in materia di strumenti finanziari?

- Poca Generica Medio/Alta

E.5. Esigenze di liquidità

Qual è la probabilità che Lei possa richiedere, nei primi anni, l'interruzione del rapporto assicurativo interrompendo il piano dei versamenti o chiedendo il disinvestimento anticipato rispetto alla durata contrattuale definita?

- Bassa probabilità** di ricorrere ad un disinvestimento anticipato rispetto alla durata del piano sottoscritto.
 Alta probabilità di ricorrere ad un disinvestimento anticipato rispetto alla durata del piano sottoscritto.

Luogo e data _____

Firma (leggibile) del Contraente _____

DA COMPILARE SOLO NEL CASO IN CUI IL CONTRAENTE NON ABBA RISPOSTO A TUTTE O AD ALCUNE DELLE DOMANDE PRECEDENTI O SE LA SCELTA ASSICURATIVA OPERATA NON SIA COERENTE CON LE DICHIARAZIONI FORNITE**1) Dichiarazione di rifiuto a fornire le informazioni richieste**

Il sottoscritto, Contraente della presente proposta, dichiara di non voler rispondere alle domande riportate nel questionario per la valutazione dell'adeguatezza o ad alcune di esse, nella consapevolezza che ciò non rende possibile la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle proprie esigenze assicurative

Firma (leggibile) del Contraente _____

Motivi:

- Insufficienza informazioni.
 Capacità di risparmio non sufficiente in relazione all'importo di premio.
 Prodotto non conforme agli obiettivi espressi.
 Caratteristiche e/o opzioni di prodotto/durata non adeguate alla situazione personale del Contraente/Assicurando.

 Altro _____**2) Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza**

Il sottoscritto Intermediario dichiara di aver informato il Contraente dei principali motivi sotto indicati, per i quali sulla base delle informazioni raccolte o comunque disponibili la proposta assicurativa potrebbe non essere pienamente adeguata alle esigenze assicurative del Contraente e il sottoscritto Contraente conferma comunque la propria volontà di stipulare il contratto.

Luogo e data _____

Firma dell'Intermediario _____

Firma (leggibile) del Contraente _____

* In caso di Persona Giuridica compilare il modulo: "Questionario per la Valutazione dell'Adeguatezza del Contratto - Persona Giuridica"

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

- A quali sport si dedica ? Qual è la sua professione ?
 o _____
 o _____
- Ha intenzione di effettuare viaggi o soggiorni all'estero in zone a rischio? SI NO
 (non sono considerati a rischio i viaggi nelle aree più frequenti quali Europa, America del Nord, Australia, Giappone, Cina continentale – Tibet escluso)

(da compilare solo in caso di LTC):

- Ha in corso o in attesa di perfezionamento altre proposte Long Term Care con Pramerica o altre Compagnie di assicurazione? SI NO
 In caso affermativo si prega di specificare la rendita _____
- Ha mai ricevuto un rifiuto o differimento ad una richiesta di assicurazione (malattie gravi, vita, invalidità) oppure un'accettazione a condizioni speciali (per esempio con sovrappremio o esclusioni)? SI NO

TARIFFA "Pramerica Copertura su Misura" (per i valori minimi e massimi vedi tabella pagina 8 del Fascicolo Informativo)

Assicurazione Principale:

- Temporanea Caso Morte
- Decorrenza _____
 - Durata _____ anni
 - Frazionamento del premio: mensile trimestrale semestrale annuale
 - Capitale assicurato € _____

Garanzie Aggiuntive

- IGP € _____ gratuita _____
 LNB € _____ gratuita _____
 Critical Illness Capitale assicurato € _____
 Long Term Care Rendita mensile posticipata assicurata € _____
 Opzione a) "prestazione Assicurata"
 Opzione b) "Premio"

- Rimborso Spese Mediche
 Infortuni e Malattia (vedi relativa tabella per opzioni) Professione _____
 Diaria da Ricovero
 Diaria da Gessatura
 Assistenza

BENEFICIARIO (Temporanea Caso Morte)

- Coniuge dell'Assicurato
 Coniuge dell'Assicurato o in mancanza i figli
 Eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza, eredi legittimi dell'Assicurato stesso in parti uguali.
 Genitori dell'Assicurato
- Altro Beneficiario

 (nome, cognome e data di nascita)

 (nome, cognome e data di nascita)

- Il/i beneficiario/i fa/fanno parte del nucleo familiare del **Contraente**? SI NO
 Il/i beneficiario/i ha/hanno rapporti professionali con il **Contraente**? SI NO

Se NO, specificare il rapporto tra le parti _____

RIMBORSO SPESE MEDICHE
Opzione: RSM 1 RSM 2 RSM 3 (vedi tabella pagina 67 del Fascicolo Informativo)

INFORTUNI E MALATTIA (per i valori minimi e massimi vedi tabella pagina 5 del Fascicolo Informativo)

SCELTA OPZIONE	Morte da Infortunio (€)	Invalità Permanente da Infortunio (€)	Franchigia 3%	Franchigia 5%	Invalità Permanente da Malattia (€)	Inabilità Temporanea (solo per lavoratori autonomi) da 50 a 100 (€)
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	###	###
2		###	###	###		###
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		###
4	###		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	###	###
5	###	###	###	###		###
6	###		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		###
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	###	
8		###	###	###		
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	###		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	###	
11	###	###	###	###		
12	###		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

BENEFICIARIO (Caso Morte da Infortunio)

Altro Beneficiario

- Coniuge dell'Assicurato _____
 Coniuge dell'Assicurato o in mancanza i figli _____ (nome, cognome e data di nascita)
 Eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza, eredi legittimi dell'Assicurato stesso in parti uguali. _____ (nome, cognome e data di nascita)
 Genitori dell'Assicurato _____

GARANZIE AGGIUNTIVE (Ramo Danni)

- Diaria da Ricovero da 50 a 100 € al giorno € _____
 Diaria da Gessatura da 50 a 100 € al giorno € _____
 Garanzia Assistenza SI NO

Avvertenze: Le garanzie Diaria da Ricovero e da Gessatura non possono essere abbinate alle opzioni 2 e 5.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

 QUESTIONARIO ANAMNESTICO ALLEGATO: SI NO

 VISITA MEDICA: SI NO _____
 (Pacchetto medico da effettuare)

AVVERTENZE:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando o dal Contraente a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.
- prima della sottoscrizione del questionario anamnestico, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario stesso;
- anche nei casi non espressamente previsti da Pramerica, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a proprie spese, a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute.

DETTAGLIO DEL PREMIO
Premio annuo netto totale

• Temporanea Caso Morte		€ _____ (*) (escluse imposte)
• Sovrappremio Caso Morte	<input type="checkbox"/> professionale (**) <input type="checkbox"/> sportivo(**)	€ _____
• Invalidità Grave e Permanente (IGP)		€ _____ (gratuita) _____
• Living Needs Benefit – Beneficio In Vita (LNB)		€ _____ (gratuita) _____
• Long Term Care - Non Autosufficienza (LTC)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	€ _____
• Sovrappremio LTC	<input type="checkbox"/> professionale (**) <input type="checkbox"/> sportivo(**)	€ _____
• Critical Illness – Malattie Gravi (CRILL)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	€ _____
• Sovrappremio CRILL	<input type="checkbox"/> professionale (**) <input type="checkbox"/> sportivo(**)	€ _____
• Rimborso Spese Mediche	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	€ _____
• Infortuni e Malattia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	€ _____
• Diaria da Ricovero	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	€ _____
• Diaria da Gessatura	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	€ _____
• Assistenza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	€ _____

Rata iniziale del ___ / ___ / ___	Premio Netto € _____	Imposte € _____	Premio Lordo € _____
--------------------------------------	-------------------------	--------------------	-------------------------

La presente proposta ha valore solo dietro versamento della rata iniziale su esposta. (**)

(*) L'importo del premio sopradescritto è al netto di eventuali sovrappremi calcolati da Pramerica a seguito della valutazione delle dichiarazioni e delle analisi sanitarie fatte dall'Assicurando.

(**) Nel caso in cui fosse presente sia un sovrappremio professionale sia un sovrappremio sportivo, gli importi non verranno sommati tra loro, ma si terrà conto solo del maggiore dei due.

(***) Il premio assicurativo per gli anni successivi al primo può variare a seconda dell'opzione scelta ed in relazione all'età dell'Assicurato; si fa comunque riferimento alla soluzione personalizzata e all'Art. 14 delle Condizioni di assicurazione.

PACCHETTI DI ANALISI SANITARIE

Nelle tabelle sottostanti sono indicati il questionario anamnestico e i pacchetti sanitari previsti per l'emissione del contratto in relazione all'età assicurativa e alle prestazioni assicurate. I valori delle prestazioni Temporanea Caso Morte e Critical Illness sono espressi in migliaia di Euro.

TEMPORANEA CASO MORTE

Età in anni	Capitale fino a 100	Capitale oltre fino a 100 - 150	Capitale oltre fino a 150 - 200	Capitale oltre fino a 200 - 300	Capitale oltre fino a 300 - 600	Capitale oltre fino a 600 - 1000	Capitale oltre i 1000
18 - 40	Q.A.	Q.A.	Q.A.	Q.A.	VM1	VM2	VM3
41 - 55	Q.A.	Q.A.	Q.A.	VM1	VM2	VM3	VM4
56 - 60	Q.A.	VM1	VM2	VM3	VM4	VM4	VM4
> 60	VM1	VM1	VM2	VM4	VM4	VM4	VM4

CRITICAL ILLNESS

Età	Capitale fino a 100	Capitale oltre 100 fino a 200	Capitale oltre 200 fino a 250	Capitale oltre 250 fino a 400
18 - 55	Q.A.	VM1	VM3	VM4

LONG TERM CARE

Età	Rendita Mensile fino a 2.500 euro	Rendita Mensile > di 2.500 euro
<= 60	Q.A.	VM LTC
> 60	VM LTC	VM LTC

DETTAGLIO ESAMI

- VM1:** visita medica, esame urine, colesterolo totale, emocromo, glicemia.
- VM2:** visita medica, esame urine, emocromo, creatinina, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, transaminasi ALT, transaminasi AST, gamma GT, test HIV.
- VM3:** visita medica, esame urine, emocromo, elettrocardiogramma basale, creatinina, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, transaminasi ALT, transaminasi AST, gamma GT, test HIV.
- VM4:** visita medica, esame urine, emocromo, elettrocardiogramma basale, elettrocardiogramma al cicloergometro, creatinina, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, transaminasi ALT, transaminasi AST, gamma GT, fosfatasi alcalina, bilirubina totale, bilirubina frazionata, test HIV.
- VMLTC:** visita medica con mini-mental test.

Si precisa che i pacchetti di analisi sanitarie per l'emissione del contratto, in relazione all'età assicurativa, alla prestazione assicurata totale e al rischio ad esso connesso sono a carico del Contraente.

Inoltre, si precisa che la "visita medica" comporta la compilazione, a cura di un medico, del "Mod. 03 - Rapporto di Visita Medica" predisposto da Pramerica; lo stesso vale per il mini-mental test.

AVVERTENZE: Tutte le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

MODALITÀ DI VERSAMENTO DEL PREMIO E DEI PREMI SUCCESSIVI AL PRIMO

Con la sottoscrizione della presente proposta, il Contraente autorizza l'addebito del premio e dei premi successivi al primo sul proprio conto corrente presso lo Sportello Bancario/Filiale che ha intermediato il contratto assicurativo.

Nel caso di eventuali variazioni del conto corrente di appoggio, sarà onere del Contraente provvedere a comunicare alla Compagnia le nuove coordinate bancarie sulle quali effettuare l'addebito dei premi.

Nota Bene: si fa inoltre presente che, ai sensi dell'articolo 177, del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006, a tutti gli intermediari assicurativi è fatto espresso divieto di ricevere denaro contante a titolo di pagamento di premi relativi a contratti di assicurazione sulla Vita.

ESERCIZIO DEL DIRITTO DI REVOCA DELLA PROPOSTA E DI RECESSO DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'Art. 176 CAP, il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima del perfezionamento del contratto, che avviene nel momento in cui Pramerica rilascia al Contraente la polizza o comunica per iscritto allo stesso il proprio assenso, mediante lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. Gli obblighi assunti dal Contraente e da Pramerica cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte di Pramerica. Qualora il Contraente avesse già eseguito il versamento del premio dovuto, Pramerica, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà il premio pagato al Contraente stesso.

Ai sensi dell'Art. 177 CAP, il Contraente inoltre può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data in cui lo stesso è stato perfezionato.

Il Contraente deve richiedere il recesso per iscritto, mediante lettera raccomandata.

Pramerica, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà il premio pagato al Contraente stesso.

Pramerica tratterà per l'operazione di recesso € 50,00, come rimborso delle spese sostenute per l'emissione del contratto (Art. 177, terzo comma, CAP).

DICHIARAZIONI

Io sottoscritto Contraente (o suo Legale Rappresentante) / Io sottoscritto Assicurando (ciascuno per quanto di propria competenza) dichiaro:

- 1) di prendere atto che l'accettazione del rischio da parte di Pramerica avverrà con l'emissione del documento di polizza;
- 2) che le dichiarazioni da me rilasciate nel presente modulo o rese su altri questionari, quanto quelle fornite ai medici, sono veritiere e complete e riconosco che le domande rivoltemi ed alle quali ho risposto riguardano circostanze essenziali agli effetti della stipulazione del contratto di Assicurazione sulla Vita qui proposto, ne formano la base e ne costituiscono parte integrante;
- 3) di essere stato informato per iscritto da Pramerica di quanto previsto dall'art. 13 (Informativa) e dall'art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti) del d.lgs 196/03 e di prestare il mio consenso, nei limiti in cui lo stesso sia richiesto ai sensi di legge anche in considerazione di quanto previsto dagli articoli 24 comma 1 lettera b. e 43 comma 1 lettera b. del citato d.lgs, al trattamento e alla comunicazione dei dati comuni e sensibili che mi riguardano ai sensi dell'articolo 23 (Consenso) dello stesso d.lgs, nonché alla comunicazione e al trasferimento all'estero per le finalità e con le modalità indicate nella Informativa;
- 4) di obbligarmi a produrre a Pramerica la documentazione sanitaria necessaria ai fini del contratto di Assicurazione qui proposto, rivolgendomi a medici di fiducia di Pramerica ed utilizzando le strutture fornite o indicate dalla stessa;
- 5) di prosciogliere dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione della presente proposta, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti ed Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardano, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, Pramerica credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. Acconsento altresì, che tali informazioni siano comunicate ad altri assicuratori e riassicuratori;
- 6) di autorizzare Pramerica a rivolgersi - ai sensi del d.lgs 196/03 in ottemperanza del quale presto il mio consenso - in ogni tempo e per qualsiasi informazione sul mio conto, ai fini del controllo e della verifica del mio stato di salute, ad altre persone, così come ai medici ed agli Istituti Sanitari che mi hanno visitato e/o avuto in cura ed autorizzo in pari tempo i medici e gli Istituti Sanitari e le altre persone a fornire a Pramerica le informazioni da essa richieste. A tal fine dichiaro di liberare, in tali limiti, dal segreto professionale tali soggetti.
- 7) di autorizzare Pramerica a mantenere in deposito presso i propri archivi la documentazione relativa alle verifiche e agli accertamenti sanitari necessari ai fini del contratto di Assicurazione qui proposto.
- 8) di essere consapevole che la decisione sulla proposta presentata spetta unicamente a Pramerica che, qualora fosse costretta ad applicare condizioni aggravate o restrittive oppure rinviare l'assicurazione presentata, non è tenuta ad indicare i motivi; in ogni caso la Proposta, con tutti i relativi allegati, rimane presso Pramerica.

Inoltre, con la sottoscrizione della presente Proposta, l'Assicurando, se diverso dal Contraente, dichiara il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile. Il Contraente 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.

Firma (leggibile) del Contraente

Firma (leggibile) dell'Assicurando
(se diverso dal Contraente)

CLAUSOLE SOGGETTE AD APPROVAZIONE ESPRESSA

Io sottoscritto Contraente (o suo Legale Rappresentante) dichiaro di approvare espressamente, ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile, la lettera B relativa al punto 3 "Premi" nella Nota Informativa e:

- I seguenti articoli contenuti nelle "Condizioni di assicurazione":
Entrata in vigore dell'Assicurazione – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato – Limitazioni alla prestazione in caso di decesso – Denuncia di Invalidità Grave e Permanente – Riconoscimento dello stato di invalidità grave e permanente – Denuncia dello stato di Malattia Terminale e obblighi relativi Living Needs Benefit "Beneficio in Vita" – Premio dell'Assicurazione Principale – Mancato pagamento del premio: Risoluzione del contratto – Revoca della proposta – Diritto di Recesso – Riattivazione – Cessione, Pegno, Vincolo – Pagamento delle prestazioni – Foro competente.
- I seguenti articoli contenuti nelle "Condizioni applicabili alle Garanzie Aggiuntive":
Entrata in vigore – Visite Mediche – Premio delle Garanzie Aggiuntive – Modifica delle Garanzie Aggiuntive – Durata delle Garanzie Aggiuntive – Sospensione ed estinzione – Riattivazione delle Garanzie Aggiuntive.
- Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva CRILL "malattie gravi": Definizioni di "malattia grave" – Esclusioni – Carenza – Denuncia di sinistro e obblighi relativi – Controversie e Collegio Medico Arbitrale – Obblighi antecedenti il riconoscimento del sinistro "malattie gravi" – Pagamento del capitale.
- Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva LTC "non autosufficienza": Definizione dello stato di "non autosufficienza" – Carenza – Esclusioni – Denuncia di sinistro e obblighi relativi – Obblighi antecedenti il riconoscimento del sinistro "perdita di autosufficienza" – Pagamento della prestazione – Rivedibilità dello stato di "non autosufficienza" – Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato – Controversie e Collegio Medico Arbitrale.
- Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva INF – Infortuni e Malattia: Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione – Proroga dell'assicurazione – Recesso in caso di sinistro - Assicurazione presso diversi assicuratori - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni – Persone non assicurabili – Foro competente – Sezione Infortuni: Oggetto dell'assicurazione – Esclusioni (operanti per tutte le garanzie) – Criteri di calcolo e di valutazione dell'Indennizzo; Sezione Malattia: Oggetto dell'assicurazione – 28 Accertamento del grado di Invalidità Permanente da Malattia – Esclusioni – Decorrenza della garanzia – Termini di carenza – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Controversie – Collegio Medico Arbitrale.
- Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva RSM- Rimborso Spese Mediche: Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione – Proroga dell'assicurazione – Assicurazione presso diversi assicuratori - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni - Persone non assicurabili – Foro competente – Rischi esclusi dall'assicurazione per opzione 1, opzione 2 e opzione 3 – Termini di aspettative/Carenze – Prestazioni ospedaliere (Ricoveri) – Prestazioni extraospedaliere – Obblighi del Contraente e/o dell'Assicurato in caso di sinistro – Controversie – Collegio Medico Arbitrale.
- Con riguardo alla Garanzia Aggiuntiva ASS – Assistenza: Oggetto dell'Assicurazione – Prestazioni di Assistenza.

Firma (leggibile) del Contraente _____

IL SOTTOSCRITTO CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO, ESAMINATO CON ATTENZIONE, OTTENUTO TUTTI I CHIARIMENTI RICHIESTI, PERFETTAMENTE COMPRESO ED ACCETTATO LA "NOTA INFORMATIVA", LE "CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE", IL "GLOSSARIO", I QUALI OLTRE AL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE FORMANO PARTE INTEGRANTE DEL FASCICOLO INFORMATIVO REDATTO SECONDO LE PRESCRIZIONI DEL REGOLAMENTO ISVAP N. 35 DEL 26 MAGGIO 2010.

Firma (leggibile) del Contraente _____ Luogo e data _____

Dichiaro che le firme del Contraente e dell'Assicurando sono state apposte in mia presenza dopo che ne ho verificato l'identità.

Dichiaro inoltre di aver verificato la veridicità dei dati fornitimi anche ai fini di quanto previsto dalla normativa vigente in tema di prevenzione del riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

Firma (leggibile) dell'Intermediario _____ Luogo e data _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**A. Utilizzo dei dati personali per scopi assicurativi.**

Apponendo la Sua firma, Lei esprime il consenso al trattamento dei dati - anche sensibili - per scopi assicurativi effettuato da Pramerica, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'Informativa allegata alle Condizioni di Assicurazione al punto "A" e al trattamento da parte di questi ultimi.

Firma (leggibile) del Contraente _____

Firma (leggibile) dell'Assicurando
(se persona diversa dal Contraente) _____

Avvertenza: in caso di rifiuto o non sottoscrizione del consenso il rapporto non potrà essere validamente costituito.

B. Utilizzo dei dati personali per ricerche di mercato e/o scopi promozionali.

Le chiediamo di leggere attentamente l'Informativa allegata alle Condizioni di assicurazione al punto "B" e le richieste di consenso di seguito descritte, di barrare con una croce le Sue scelte, precisando che il Suo consenso è del tutto facoltativo ed il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura del prodotto o del servizio da Lei richiesto.

Il sottoscritto dichiara di prestare il Suo consenso al trattamento dei Suoi dati per:

- Finalità di marketing tramite invio via fax, telefono, e-mail, posta tradizionale di materiale promozionale inerente i prodotti e/o i servizi di Pramerica:
 SI NO
- Finalità di marketing tramite rilevazione della qualità dei servizi e dei bisogni della clientela (mediante interviste telefoniche, invio di questionari, etc.):
 SI NO
- Finalità di marketing, previa comunicazione dei dati non sensibili a società terze, tramite invio via fax, telefono, e-mail, posta tradizionale di materiale promozionale inerente i prodotti e/o i servizi di dette terze società:
 SI NO
- Finalità di profilazione tramite invio via fax, telefono, e-mail, posta tradizionale di materiale promozionale inerente i prodotti e/o i servizi di Pramerica, selezionato in base ai Suoi gusti ed abitudini:
 SI NO

Le segnaliamo che se lo desidera può contattare Pramerica, in Piazza della Repubblica, 14 - 20124 Milano, o all'indirizzo e-mail responsabile.privacyclienti@pramerica.it per esercitare il diritto (sopra dettagliato al punto Modalità d'uso dei dati) di conoscere in ogni momento quali sono i Suoi dati e come vengono utilizzati nonché farli aggiornare, rettificare, integrare, cancellare, chiederne il blocco od opporsi al loro trattamento.

Firma (leggibile) del Contraente _____

www.pramericagroup.it

Pramerica Life S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale

Piazza della Repubblica, 14 - 20124 Milano

Tel. 0272258.1 - Fax 0272003580

PEC: pramerica@legalmail.it

Capitale Sociale € 12.500.000 i.v.

Partita IVA 10478370157

Codice fiscale e n. di iscrizione Registro imprese di Milano 02653150108

Iscritta all'Albo imprese di Assicurazione al n. 1.00086

Capogruppo del Gruppo Assicurativo Pramerica, iscritto all'Albo Gruppo Assicurativo al n. 017.

Una Società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial Inc. USA - Socio Unico Prudential Financial Inc. USA non è affiliata con Prudential Plc. che ha sede nel Regno Unito.



Pramerica