

Contratto di Assicurazione sulla vita Temporanea per il caso di morte, con Garanzie Aggiuntive per il caso di CRILL “Malattia Grave” e di rendita vitalizia pagabile in caso di LTC “Non Autosufficienza” nel compimento degli atti della vita quotidiana



Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- A. Nota Informativa**
- B. Condizioni di assicurazione**
- C. Glossario**
- D. Modulo di proposta**

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Pramerica tre per TE

Pramerica Life S.p.A.

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



Pramerica

FASCICOLO INFORMATIVO

“Pramerica tre per TE”

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE, CON GARANZIE AGGIUNTIVE PER IL CASO DI CRILL “MALATTIA GRAVE” E DI RENDITA VITALIZIA PAGABILE IN CASO DI LTC “NON AUTOSUFFICIENZA” NEL COMPIMENTO DEGLI ATTI DELLA VITA QUOTIDIANA

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

Nota Informativa	pag. 3
Condizioni di assicurazione	pag. 13
Glossario	pag. 35
Proposta	(Allegata)

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. 7 |
| D | Altre informazioni sul contratto | pag. 9 |

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 31.12.2016 ammonta a 48,28 milioni di euro, di cui il capitale sociale è pari a 12,5 milioni di euro e le riserve patrimoniali ammontano a 35,78 milioni di euro.

L'indice di solvibilità di Pramerica è pari al 214% 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 in caso di decesso per qualunque causa;
- Garanzia Aggiuntiva Critical Illness per il caso di "malattie gravi" (cancro e infarto);
- Garanzia Aggiuntiva Long Term Care per il caso di "non -autosufficienza".

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

Le prestazioni minime e massime sono riportate nella seguente tabella:

	Minimo assicurabile	Massimo assicurabile
Temporanea caso morte	€ 100.000 capitale	€ 1.000.000 capitale
Critical Illness (CRILL)	€ 50.000 capitale	€ 400.000 capitale
Long Term Care (LTC)	€ 500 rendita mensile	€ 3.000 rendita mensile

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE PRINCIPALE:

a) Prestazione in caso di decesso

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 Funzionale Grave e Permanente

(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”

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

PRESTAZIONI DELLE GARANZIE AGGIUNTIVE:

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

e) Prestazione in caso di “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)

f) Prestazione in caso di “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)

* ---- *

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

Nei primi sei mesi, in assenza di visite mediche, dal perfezionamento della polizza sono previste 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'

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

- a) fermo restando le prestazioni assicurate il premio annuo viene ricalcolato in base all'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale;
- b) fermo restando il premio calcolato alla decorrenza, fatto salvo quanto indicato al successivo punto 4, le prestazioni assicurate decrescono in funzione dell'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale.

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 effettuata.

La durata del contratto varia da un minimo di 5 anni 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 con un'età compresa:

- tra i 18 e i 65 anni (per la copertura caso morte e LTC);
- tra i 18 e i 55 anni (per la copertura caso CRILL).

L'età dell'Assicurato alla scadenza non deve essere superiore a 70 anni.

4. Premi e rivedibilità delle condizioni tariffarie

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.

L'importo del premio si determina annualmente in base all'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato, all'ammontare delle prestazioni assicurate con l'Assicurazione Principale e con le Garanzie Aggiuntive. 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 una o due di queste garanzie decadano a seguito di sinistro, il nuovo premio da corrispondere sarà dato dalla somma dei premi relativi alle garanzie rimaste in vigore.

Il Contraente all'atto della sottoscrizione del contratto sceglie una delle seguenti opzioni:

- a) fermo restando le prestazioni assicurate, il premio annuo viene ricalcolato in base all'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale;
- b) fermo restando il premio stabilito alla decorrenza, le prestazioni assicurate decrescono in funzione dell'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale.

È previsto un premio annuo minimo di euro 200,00. 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 scelto. 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 Applicabili alle Garanzie Aggiuntive".

Il Contraente deve corrispondere il pagamento del premio mediante addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario/postale (frazionamento: mensile, trimestrale, semestrale).

Nel caso in cui il Contraente non sia titolare di un conto corrente bancario/postale potrà corrispondere il premio annuale con la modalità bollettino postale. Tale premio non potrà essere frazionato.

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 IVASS 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.

C

Informazioni sui costi, sconti e regime fiscale

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 fisso sul premio come di seguito dettagliato:

	Importo fisso premio annuo	Importo fisso premio semestrale	Importo fisso premio trimestrale	Importo fisso premio mensile
Assicurazione Principale + 1 garanzia aggiuntiva	€ 20,00	€ 10,00	€ 6,00	€ 2,00
Assicurazione Principale + 2 garanzie aggiuntive	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00

Inoltre, Pramerica preleva un importo del premio (caricamenti) determinato nella misura del 50% al netto dell'importo fisso.

La quota parte percepita dai distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale, è pari al 41,25% (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).

6.1.2 Costi per recesso

In caso di recesso Pramerica tratterrà l'importo di 50,00 euro.

6.1.3 Costi per visite mediche

Laddove sia prevista una visita medica (per età dell'Assicurato e prestazione assicurata), la stessa sarà a carico di Pramerica.

Nel caso in cui questa venga effettuata in uno dei Centri Medici Convenzionati, il pagamento avverrà direttamente da parte di Pramerica; nel caso di visite mediche effettuate in un Centro

Medico non convenzionato (previa autorizzazione di Pramerica), il costo della stessa dovrà essere anticipato dal Contraente (o dall'Assicurato se persona diversa) e, successivamente all'emissione della polizza, verrà rimborsato per un importo massimo pari a:

- € 120,00 + IVA per un VM1;
- € 190,00 + IVA per un VM2;
- € 220,00 + IVA per un VM3;
- € 340,00 + IVA per un VM4;
- € 100,00 + IVA per un VM LTC.

Laddove non sia prevista una visita medica (per età dell'Assicurato e prestazione assicurata), ma si renda necessaria una richiesta di documentazione sanitaria al fine di completare la valutazione del rischio, le relative spese saranno a carico del Cliente.

7. Sconti

Il contratto non prevede uno sconto sul premio di tariffa.

8. Regime fiscale applicabile al contratto

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 dall'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 dall'assicuratore 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 e 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 questa tariffa.

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 del Contraente di revoca della proposta 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 6.1.1. 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 6.1.1. 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 sulla vita si prescrive in dieci anni 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 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 del Consumatore

Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma

Fax 06.42133206

PEC: ivass@pec.ivass.it

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.

A tal fine, può essere utilizzato il modello di reclamo all'IVASS presente sul sito web di IVASS.

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).

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 modifi-

che 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 della attività professionale e sport dell'Assicurato che aggravino il rischio assunto dalla Società eventualmente intervenute in corso di contratto ai sensi dell'art. 1926 del Codice Civile, **in quanto il rischio di morte è coperto indipendentemente dai cambiamenti di attività professionale e sport dell'Assicurato.**

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 Funzionale Grave e Permanente	pag. 18
Denuncia di Invalidità Funzionale Grave e Permanente	pag. 18
Riconoscimento dello stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente	pag. 19
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	pag. 24
Non pignorabilità e non sequestrabilità	pag. 24
Foro competente	pag. 24
Condizioni di assicurazione applicabili alle Garanzie Aggiuntive	pag. 24
Condizioni applicabili alla Garanzia Aggiuntiva Critical Illness (CRILL) "malattie gravi"	pag. 26
Condizioni applicabili alla Garanzia Aggiuntiva Long Term Care (LTC) "non autosufficienza"	pag. 29

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE APPLICABILI ALL'ASSICURAZIONE PRINCIPALE

Art. 1 – Disciplina del contratto e condizioni di applicabilità

Il contratto "Pramerica tre per TE" è disciplinato dalle presenti condizioni, da quanto indicato nella polizza e dalle eventuali appendici.

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

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

L'età dell'Assicurato alla scadenza non deve essere superiore a 70 anni.

La durata del contratto varia da un minimo di 5 anni 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 la 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 a determinate condizioni (prestazione assicurata, età dell'Assicurato), prevedono la possibilità di limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico, **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 indicato nella proposta di polizza,
oppure
- ii. l'eventuale capitale 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 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 assicurato della sola Assicurazione Principale (le eventuali Garanzie Accessorie 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 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, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 del Codice Civile, da parte della Società:

- 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, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in mala fede, nel qual caso sarà applicato il precedente punto a). 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

L'assicurazione Principale prevede le seguenti prestazioni:

a) Prestazione in caso di morte

Successivamente all'entrata in vigore dell'assicurazione, il capitale assicurato verrà liquidato al Beneficiario designato, dopo la morte dell'Assicurato, in qualsiasi epoca avvenga entro la durata contrattuale, fatto salvo quanto previsto al successivo art. 6.

A fronte della garanzia del pagamento del capitale assicurato, il Contraente pagherà, sempre che l'Assicurato sia in vita, il premio annuo per tutta la durata prevista nel contratto di assicurazione.

b) Prestazione in caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente

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

Il Contraente può richiedere la prestazione per Invalidità Funzionale Grave e Permanente che garantisce all'Assicurato il pagamento del capitale assicurato in caso di sua Invalidità Funzionale 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 Funzionale Grave e Permanente l'assicurazione cesserà di produrre effetto.**

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

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

Il Contraente può richiedere la prestazione per Living Needs Benefit - "Beneficio in Vita" che garantisce all'Assicurato il pagamento anticipato, totale o parziale, del capitale caso morte, 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 paga-**

mento dei premi. Una volta riconosciuto il "Beneficio in Vita" l'assicurazione cesserà di produrre effetto.

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.

Qualora non si verifichi la morte o l'Invalidità Funzionale 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 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.

In tali casi 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 attività professionale e sport dell'Assicurato. E' esclusa dalla garanzia soltanto la morte causata da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- 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 simili 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 6.1.1. 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 me-

dianche 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.

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

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 che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede, nel qual caso si applica il precedente Art. 3 punto a) e salva la rettifica della prestazione assicurata in base all'età vera dell'Assicurato, quando quella denunciata risulti errata.**

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, ma, 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 6.1.1. della Nota Informativa.

Art. 7 – Definizioni di Invalidità Funzionale Grave e Permanente

Per Invalidità Funzionale 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;
- e) perdita totale e permanente dell'uso di entrambi gli arti superiori o di entrambi gli arti inferiori o di uno degli arti superiori e di uno degli arti inferiori congiuntamente.

Per "perdita totale e permanente dell'uso degli arti superiori o inferiori" si intende la perdita completa delle loro funzioni motorie, in seguito a paralisi motoria completa degli arti superiori o inferiori, ovvero, anchilosi totale di ciascuna delle tre principali articolazioni (nell'arto superiore l'articolazione della spalla, quella del gomito e quella della mano; nell'arto inferiore, l'articolazione dell'anca, quella del ginocchio e quella del collo del piede) degli arti superiori o inferiori con l'impossibilità di recupero.

Art. 8 – Denuncia di Invalidità Funzionale 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 relativa all'evento.**

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 Funzionale Grave e Permanente;
- consentire che Pramerica accerti con medici di sua fiducia e a sue spese lo stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato.

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

Qualora Pramerica riconosca lo stato di Invalidità Funzionale 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 Funzionale Grave e Permanente, **cesserà di produrre i suoi effetti** e Pramerica restituirà gli eventuali premi pagati successivamente alla data di denuncia dell'Invalidità Funzionale Grave e Permanente.

Fino a quando l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente non è riconosciuta o non è stata definitivamente accertata, il Contraente è tenuto a proseguire il versamento dei premi.

Il capitale assicurato non viene liquidato nei casi in cui l'Invalidità Funzionale 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.

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

La presente prestazione 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, scontate ciascuna per il periodo di tempo che va dal giorno successivo alla data del riconoscimento dello stato di malattia terminale alla data di scadenza della rata stessa.

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 nei casi di sospensione ed estinzione 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 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.

L'Assicurazione Principale cesserà di produrre effetti automaticamente una volta eseguito il pagamento del Living Needs Benefit.

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.

Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato facciano richiesta parziale del capitale disponibile, il capitale assicurato dell'Assicurazione Principale viene ridotto del capitale anticipato a seguito del riconoscimento del Living Needs Benefit e il relativo premio verrà ricalcolato sulla base del nuovo capitale assicurato.

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) fermo restando le prestazioni assicurate, il premio annuo viene ricalcolato in base all'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale;
- b) fermo restando il premio stabilito alla decorrenza, le prestazioni assicurate decrescono in funzione dell'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale.

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 Funzionale 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 diretto SEPA sul conto corrente bancario/postale.

Nel caso in cui il Contraente non sia titolare di un conto corrente bancario/postale potrà corri-

spondere il premio annuale tramite bollettino postale. In questo caso il premio non potrà essere frazionato.

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.

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

Art. 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 6.1.1. 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

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 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/o altra documentazione 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 Polizza 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 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; per capitale liquidabile non superiore a 50.000,00 euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;

In caso di esistenza di testamento, 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 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 all'esercente la potestà sui minorenni o al rappresentante 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.

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 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 sugli aventi diritto.

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.

Il diritto alla liquidazione delle prestazioni derivante dal contratto di assicurazione sulla vita si prescrive in dieci anni 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.

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 della prestazione assicurata, in vigore alla data della morte dell'Assicurato, entro 48 ore (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.

Nel caso di esclusioni previste dall'Assicurazione, Pramerica si riserva la facoltà di recuperare l'importo erogato a titolo di anticipazione.

Art. 22 – Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Art. 23 – Lingua in cui è redatto il contratto

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

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

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE APPLICABILI ALLE GARANZIE AGGIUNTIVE

Per tutte le Garanzie Aggiuntive 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 C 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) fermo restando le prestazioni assicurate, il premio annuo viene ricalcolato in base all'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale;
- b) fermo restando il premio stabilito alla decorrenza, fatto salvo quanto riportato all'Art. D "Modifica delle condizioni tariffarie", le prestazioni assicurate decrescono in funzione dell'età assicurativa raggiunta alla ricorrenza annuale.

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 45 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 decadono ed i premi pagati restano acquisiti da Pramerica.

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 dalla data di scadenza della rata di premio non pagata. Oltre tale periodo la riattivazione può avvenire.

nire 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 per “malattia grave”, indicato in polizza, 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 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, la presente Garanzia Aggiuntiva si estingue ed i premi versati restano acquisiti da Pramerica.

Art. 2 – Definizioni di “malattia grave”

Al fine della presente garanzia si intendono esclusivamente le seguenti malattie gravi: infarto miocardico e cancro.

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 mali-

gnità. 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.

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, para-

- cadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio);
- malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di effetto delle garanzie sottoscritte 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

Qualora il sinistro “malattia grave” non venga riconosciuto da Pramerica, purché la polizza sia regolarmente in vigore, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece, ha la facoltà di chiedere, con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione di Pramerica, entro 30 giorni dalla comunicazione del rifiuto da parte di Pramerica, la constatazione del sinistro “malattia grave” a mezzo di un Collegio Arbitrale composto da tre medici i quali giudicheranno in merito in modo inappellabile e senza formalità di procedura.

Dei tre medici uno è nominato da Pramerica, uno dal Contraente ed il terzo è scelto dai primi due così nominati.

In caso di disaccordo, la nomina del terzo medico verrà demandata al Presidente del Tribunale del luogo di residenza o domicilio del Contraente.

Ogni parte sopporta le spese del proprio medico e la metà di quelle del terzo.

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

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

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

Art. 9 – Pagamento del capitale

Qualora Pramerica riconosca il diritto all'indennizzo della "malattia grave", così come definita al precedente articolo 2, verrà liquidato all'Assicurato quanto dovuto, 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 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 sugli aventi diritto.

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.

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.

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 ad atti criminali;
- 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'equipag-

gio;

- Contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- Sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- Pratica delle seguenti attività sportive, alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob, slittino;
- Partecipazione dell'Assicurato a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- Svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

In questi casi, non è prevista alcuna prestazione.

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

Art. 6 - Denuncia di sinistro e obblighi relativi

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

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

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

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

Le spese relative all'acquisizione di tale ulteriore documentazione gravano direttamente sugli aventi diritto e saranno rimborsate da Pramerica nel caso in cui sia riconosciuto lo stato di non autosufficienza.

La rendita sarà corrisposta se lo stato di dipendenza 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 "perdita di 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 relativi premi , della presente garanzia aggiuntiva, pagati e scaduti posteriormente al periodo di franchigia di 90 giorni dopo la denuncia dello stato di non autosufficienza e nessun premio successivo, relativo alla presente garanzia aggiuntiva, sarà dovuto ai sensi della presente Assicurazione.

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

Art. 8 - Pagamento della prestazione

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

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

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

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

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

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

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

Nel caso gli eredi dell'Assicurato, beneficiari del suddetto pagamento, risultino minorenni o incapaci, 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, sullo stato e grado di non autosufficienza, nonché sull'applicazione dei 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.

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.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dello stato di non autosufficienza 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.

GLOSSARIO

A**Appendice**

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

B**Beneficiario**

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

C**Carenza**

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.

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.

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.

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.

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.

F

Fondo Pramerica Financial

Nome della Gestione Separata di Pramerica Life (Vedi "Gestione separata")

G

Garanzie Aggiuntive

Garanzie abbinata 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 abbinata altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie.

Gestione separata (Gestione interna separata)

Fondo appositamente creato dalla Società di assicurazione e gestito separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluiscono i premi al netto dei costi versati dai contraenti che hanno sottoscritto polizze rivalutabili. Dal rendimento ottenuto dalla gestione separata e dall'aliquota di retrocessione deriva la rivalutazione da attribuire alle prestazioni assicurate.

I

Impignorabilità e inesquestrabilità

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").

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.

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.

M

Malattia

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

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.

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.

O**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**Partecipazione agli utili**

Percentuale del rendimento finanziario attribuita al Contratto.

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.

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.

Regolamento della gestione separata

L'insieme delle norme, riportate nelle Condizioni di assicurazione, che regolano la gestione separata.

Retrocessione

La percentuale del rendimento conseguito nel periodo di osservazione, dalla gestione separata degli investimenti che la Società riconosce agli assicurati.

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.

Riserva matematica

Per riserva matematica si intende il debito che la compagnia di assicurazione ha maturato nei confronti dei propri assicurati, sulla base degli impegni contrattualmente assunti. Si definisce Riserva Matematica perché fa riferimento a formule matematiche attuariali per la sua quantificazione e perché costituita dall'accantonamento di una quota dei premi di tariffa pagati dal contraente. La legge impone alle Società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

Risoluzione del contratto

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

S**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).

T**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.

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.

V**Vincolo**

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



Pramerica

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.