



# Pramerica

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

## Pramerica tre per TE

**Il presente Set Informativo, contenente:**

- DIP Vita
- DIP Aggiuntivo Vita
- Condizioni di assicurazione
- Modulo Proposta di Assicurazione

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente il DIP Vita e il DIP Aggiuntivo Vita.**

Edizione 01/19

## Pramerica Life S.p.A.

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

# SET 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 Set Informativo, contenente:

DIP Vita	Pag. 4
DIP Aggiuntivo Vita	Pag. 6
Condizioni di Assicurazione	Pag. 12
Modulo Proposta di Assicurazione	(Allegato)

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente il DIP Vita e il DIP Aggiuntivo Vita.**

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.

# INDICE

---

DIP Vita	Pag. 4
DIP Aggiuntivo Vita	Pag. 6
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	Pag. 12
ALLEGATI	
Allegato 1 - MODULO PROPOSTA DI ASSICURAZIONE	(Allegato)

# Contratto di Assicurazione 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



## Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Compagnia: Pramerica Life S.p.A.

Prodotto: Pramerica tre per TE

Data realizzazione documento: 01/01/2019

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti.

### Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza è volta a tutelare l'Assicurato e la propria famiglia dalle difficoltà che possono insorgere in caso di eventi gravi e imprevisti che possono compromettere la stabilità economica



### Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Le prestazioni assicurate sono le seguenti:

#### Garanzie principali

✓ **Decesso**, qualunque possa essere la causa, salvo i limiti di copertura di cui sotto.

✓ **Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP)**, solo se espressamente richiamata in proposta e polizza, salvo i limiti di copertura di cui sotto;

In caso di **Decesso e Invalidità Funzionale Grave e Permanente** verificatosi prima della scadenza contrattuale, la Compagnia garantisce il pagamento di un importo pari al capitale assicurato, a condizione che la polizza sia in regola con i pagamenti dei premi.

✓ **Beneficio in vita (c.d. Living Needs Benefits)**

In caso di **Beneficio in vita**, la Compagnia garantisce 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 necessità del trapianto di un organo vitale in mancanza del quale gli rimarrebbero sei mesi o meno di vita, a condizione che la polizza sia in regola con i pagamenti dei premi.

**Garanzie aggiuntive** – il Contraente deve scegliere almeno una delle seguenti garanzie:

✓ **Malattie Gravi (c.d. Critical Illnes – CRILL)**, tali si intendono: cancro e infarto

✓ **Non Autosufficienza (c.d. Long Term Care – LTC)**

Il **capitale minimo assicurabile** non potrà essere inferiore a euro 100.000 – in caso di decesso o IFGP – ed euro 50.000 in caso di Malattie Gravi.

Il **capitale massimo assicurabile** non potrà essere superiore a euro 1.000.000 – in caso di decesso o IFGP – ed euro 400.000 in caso di Malattie Gravi.

In caso di Non Autosufficienza la **rendita mensile** minima sarà di euro 500, mentre la **rendita mensile massima** sarà di euro 3.000.

È possibile modificare i termini del contratto mediante l'esercizio delle seguenti **opzioni** contrattuali:

- **Flash Benefit**: in caso di morte dell'Assicurato, è previsto il pagamento anticipato al Beneficiario entro 48 ore dal ricevimento della documentazione richiesta, di un importo pari al 25% della prestazione caso morte, con un massimo di euro 20.000;



### Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipula della polizza:

- ✗ non abbiano ancora compiuto 18 anni;
- ✗ abbiano compiuto 65 anni (garanzia Decesso e Non Autosufficienza) e 55 anni (garanzia Malattie Gravi);
- ✗ alla scadenza dell'Assicurazione abbiano un'età superiore a 70 anni.

Le garanzie **Decesso, Invalidità Funzionale Grave e Permanente, Beneficio in vita, Malattie Gravi e Non Autosufficienza** non operano in caso di:

- ✗ dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ✗ suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla decorrenza della copertura assicurativa o trascorso questo periodo, nei primi 6 mesi dalla eventuale riattivazione dell'assicurazione.

La garanzia **Invalidità Funzionale Grave e Permanente** non opera in caso di:

- ✗ dolo dell'Assicurato.

La garanzia **Non Autosufficienza** non opera quando l'infortunio dipenda, direttamente o indirettamente, da:

- ✗ dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali;
- ✗ atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
- ✗ malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili.



### Ci sono limiti di copertura?

! La garanzia **Decesso** è sottoposta ad un periodo di carenza di 5 anni, qualora l'Assicurato non si sia sottoposto al test HIV e la morte sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da altra patologia da essa collegata. Qualora, però, il Contratto di Assicurazione risulti in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia liquiderà il solo importo dei premi versati al netto dei costi sostenuti da quest'ultima.

! La garanzia **Malattie Gravi** non opera per Invalidità Permanente inferiore al 5%.

! La garanzia **Malattie Gravi** è sottoposta ad un periodo di carenza di 180 giorni.

! La garanzia **Non Autosufficienza** è sottoposta ad un periodo di carenza di 1 anno in caso di malattia, e di 3 anni in caso di malattie neurologiche, nervose e mentali dovute a cause organiche.

! La garanzia **Non Autosufficienza** è sottoposta ad un periodo di franchigia di 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficiente.



### Dove vale la copertura?

✓ Il rischio di **Decesso** è coperto senza alcun limite territoriale.



## Che obblighi ho?

- A seconda della tua età e della prestazione assicurata, devi compilare e sottoscrivere il questionario anamnestico o devi sottoporri a specifiche visite mediche – unico presupposto per la sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.
- Le tue dichiarazioni devono essere esatte, veritiere e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la risoluzione del Contratto di Assicurazione.
- In qualità di Contraente, sei tenuto a comunicare alla Compagnia ogni eventuale cambiamento di cittadinanza e/o residenza fiscale entro 30 giorni dalla variazione.
- Per modificare l'opzione di cui alla sezione seguente, il Contraente deve darne comunicazione alla Compagnia almeno 90 giorni prima di ogni scadenza triennale.



## Quando e come devo pagare?

- Il Contraente paga il premio di sottoscrizione tramite assegno (non trasferibile), Bonifico Bancario/Postale, Bancomat e/o Carta di credito, Bollettino MAV.
- Il Contraente paga i successivi premi annui anticipati, mediante addebito sul proprio conto corrente bancario/postale. Qualora il Contraente non sia titolare di un conto corrente bancario/postale il premio potrà essere corrisposto con la modalità "Bollettino MAV" (in questo caso il premio non può essere frazionato). L'entità del premio si determina annualmente in base all'età dell'Assicurato, all'ammontare delle prestazioni assicurate, allo stato di salute e all'attività professionale e sportiva svolta dall'Assicurato.
- Il Contraente ha la possibilità di scegliere tra due opzioni – opzione modificabile ogni 3 anni:
  - mantenere inalterate le garanzie ricalcolando il premio annuo in base all'età assicurativa raggiunta;
  - mantenere inalterato il premio rideterminando le garanzie prestate.
- È previsto un premio annuo minimo di euro 200. Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali e semestrali: in questo caso l'ammontare minimo della rata non può essere inferiore a euro 100.
- La durata del periodo di pagamento dei premi coincide con la durata del contratto, che deve essere compresa fra un minimo di 5 anni e un massimo di 20 anni.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente è messo a conoscenza dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia, ossia dal giorno in cui la Compagnia rilascia al Contraente la polizza o il Contraente riceve per iscritto, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, la comunicazione di assenso della Compagnia ed il relativo documento di polizza. Per i contratti che non prevedono accertamenti sanitari ma la compilazione di un questionario anamnestico, le coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicata in proposta e in polizza, a condizione che sia stato pagato il premio, che l'incasso sia andato a buon fine e che la proposta con i relativi allegati siano stati compilati e sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato in ogni loro parte. Nel caso in cui il versamento sia stato effettuato dopo la data indicata in proposta, il Contratto entra in vigore dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.
- La durata del Contratto varia da un minimo di 5 anni ad un massimo di 20 anni.
- La durata della garanzia **Beneficio in vita (Living Needs Benefits)** è paria a quella delle garanzie principali diminuita di 12 mesi.



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

- Hai la facoltà di esercitare il **diritto di revoca** finché il contratto non sia concluso, ovvero sino a quando la Compagnia non rilascia al Contraente la polizza o comunica per iscritto allo stesso il proprio assenso mediante lettera raccomandata.
- Hai, altresì, la facoltà di esercitare il **diritto di recesso** entro 30 giorni dalla data in cui si è perfezionato il contratto.
- Per esercitare tali diritti devi inviare, entro i termini predetti, una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo della Compagnia.
- La Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca – qualora il Contraente avesse già versato il premio dovuto – o di recesso, rimborserà il premio pagato al Contraente, al netto dei costi, delle eventuali imposte e delle spese sostenute dalla Compagnia per gli accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato.
- Hai la facoltà di **risolvere** il Contratto sospendendo il pagamento dei premi. La sospensione del pagamento dei premi comporta l'interruzione delle coperture e i premi già versati, alla data di risoluzione, non verranno rimborsati da parte della Compagnia.



## Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI  NO

# Contratto di Assicurazione 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



Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo Vita)

Compagnia: Pramerica Life S.p.A.

Prodotto: Pramerica tre per TE

Data realizzazione documento: 01/01/2019

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

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

**Pramerica Life S.p.A.** – Società per Azioni con unico socio – società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial, Inc USA, Piazza della Repubblica n. 14 – 20124 Milano; Tel. 02 722581; Sito Internet: [www.pramerica.com](http://www.pramerica.com); Email: [info@pramerica.it](mailto:info@pramerica.it); PEC: [pramerica@legalmail.it](mailto:pramerica@legalmail.it).

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 14/03/1990 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19/03/1990. Iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.00086.

Il patrimonio netto di Pramerica Life S.p.A. ammonta a € 53 milioni al 31.12.2017, di cui il capitale sociale è pari ad € 12,5 milioni e le riserve patrimoniali ammontano a € 40,5 milioni. L'indice di solvibilità di Pramerica, determinato in applicazione della normativa Solvency II, è pari al 264,00% che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita sono esposte di seguito maggiori informazioni.

Il **Decesso** è coperto senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione e sport dell'Assicurato.

La garanzia **Invalidità Funzionale Grave e Permanente** – operante se richiamata in polizza – comprende:

- coma irreversibile;
- perdita anatomica totale e permanente di entrambi gli arti superiori a partire dal polso;
- perdita anatomica totale e permanente di entrambi gli arti inferiori a partire dal collo del piede;
- 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;
- 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.



## Che cosa NON è assicurato?

### Rischi esclusi

Le garanzie **Decesso, Invalidità Funzionale Grave e Permanente, Beneficio in vita, Malattie Gravi e Non Autosufficienza** non operano in caso di:

- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari; l'arrivo dell'Assicurato in un paese in situazione di guerra o similari o l'insorgenza di detta situazione comporta dopo 14 giorni l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa. La copertura non opererà tuttavia per l'incidente di volo;
- ✗ incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, anche se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

- ✗ 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.

La garanzia **Malattie Gravi** non opera in caso di:

- ✗ scompenso cardiaco, l'angina, la miocardite, l'infarto miocardico conseguente ad un qualsiasi intervento sulle arterie coronariche (angioplastica coronaria o by-pass coronarico);
- ✗ tumori che sono istologicamente descritti come benigni, precancerosi o non-invasivi, qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ, i cancro localizzati della prostata (istologicamente descritti dalla classificazione, qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma, melanomi sottili, tumori alla tiroide in stadio precoce, leucemia linfocitica cronica (LLC) inferiore allo stadio RAI 3.

La garanzia **Non Autosufficienza** non opera in caso di:

- ✗ patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc...);
- ✗ 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;
- ✗ rifiuto di seguire le prescrizioni mediche;
- ✗ incidente aereo tranne se in qualità di passeggero di una linea aerea debitamente abilitata al trasporto pubblico dei passeggeri e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio;
- ✗ contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- ✗ sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- ✗ pratica delle seguenti attività sportive, alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob, slittino;
- ✗ partecipazione dell'Assicurato a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- ✗ svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.



## Ci sono limiti di copertura?

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



## Che obblighi ho? / Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di sinistro

**Denuncia di sinistro:** in caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono predisporre una denuncia scritta del sinistro e produrre tutta la documentazione necessaria.

Tale modulo di denuncia dovrà essere inoltrato direttamente alla Compagnia con le conseguenti tempistiche:

- in caso di Malattie Gravi (CRILL) entro e non oltre 180 giorni dalla data in cui sia stata diagnosticata la stessa – a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi all'evento;
- in caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente e Non Autosufficienza (LTC) non è previsto un termine perentorio entro il quale inviare la denuncia..

**Prescrizione:** si precisa che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione relativamente alle “garanzie vita” prestate dalla Compagnia si prescrivono in 10 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. In caso di omessa richiesta da parte degli aventi diritto entro detto termine, la Compagnia 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.

**Liquidazione della prestazione:** verificata la sussistenza del diritto alla liquidazione, la Compagnia esegue il pagamento entro 30 dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta; decorso tale termine il Beneficiario può richiedere gli interessi moratori dal termine stesso.

La compagnia, inoltre, garantisce il pagamento entro 48 ore in caso di richiesta di Flash Benefit.



<p><b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b></p>	<p>Le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato devono essere esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare da parte della Compagnia:</p> <p>a. nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento;</li> <li>• la contestazione della validità del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui la Compagnia stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;</li> </ul> <p>b. nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la riduzione, in caso di sinistro, del capitale assicurato in relazione al maggior rischio accertato;</li> <li>• la facoltà di recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;</li> </ul>
--	---



## Quando e come devo pagare?

<p><b>Premio</b></p>	<p>Oltre a quanto indicato nel DIP Vita sono esposte di seguito maggiori informazioni.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- All'atto della sottoscrizione del contratto, il Contraente sceglie una delle seguenti opzioni – opzione modificabile ogni 3 anni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• mantenere inalterate le garanzie ricalcolando il premio annuo in base all'età assicurativa raggiunta;</li> <li>• mantenere inalterato il premio rideterminando le garanzie prestate.</li> </ul> </li> </ul> <p>Per modificare l'opzione, il Contraente deve darne comunicazione alla Compagnia con almeno 90 giorni prima di ogni scadenza triennale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La modifica del frazionamento del premio può avvenire solamente alla ricorrenza annuale della polizza mediante richiesta scritta da inviare almeno due mesi prima della ricorrenza annuale della polizza stessa</li> </ul>
<p><b>Rimborso</b></p>	<p>È facoltà della Compagnia 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, la Compagnia provvederà a restituire il premio di rata al Contraente.</p> <p>Nel caso in cui la Compagnia 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.</p>
<p><b>Sconti</b></p>	<p>Non sono previsti sconti di premio.</p>



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

<p><b>Durata</b></p>	<p>Oltre a quanto indicato nel DIP Vita sono esposte di seguito maggiori informazioni.</p> <p>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 dalla Compagnia; 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.</p>
----------------------	--

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, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario:

- l'intero capitale indicato nella proposta di polizza, oppure
- l'eventuale capitale ridotto correlato al nuovo premio risultante dalla differenza tra il premio iniziale e il premio aumentato dell'eventuale sovrappremio che la Compagnia, 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.

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, la Compagnia 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, 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.

#### Sospensione

Non sono previsti casi di sospensione delle garanzie.

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

#### Revoca

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

#### Recesso

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

#### Risoluzione

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



### Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI

NO

#### Valori di riscatto e riduzione

Non sono previsti né riscatti né riduzioni.

#### Richiesta di informazioni

-



### A chi è rivolto questo prodotto?

Questa polizza – grazie ad un piano assicurativo modellabile a seconda dei bisogni personali di ognuno – è ideale per chi desidera garantire a sé stesso e ai propri cari una protezione assicurativa che tuteli dal rischio di Malattie Gravi, dall'insorgere delle condizioni di Non Autosufficienza e dal verificarsi dell'Invalidità Funzionale Grave e Permanente, e preservi economicamente la famiglia dalle difficoltà che possono sopraggiungere in caso di scomparsa improvvisa dell'Assicurato, soprattutto qualora rappresenti il principale o l'unico produttore di reddito.



### Quali costi devo sostenere?

La Compagnia preleva un costo fisso sul premio come di seguito indicato:

	Premio Annuo	Premio mensile	Premio trimestrale	Premio semestrale
Assicurazione principale + 1 garanzie aggiuntiva	Euro 20	Euro 2	Euro 6	Euro 10
Assicurazione principale + 2 garanzie aggiuntive	Euro 0	Euro 0	Euro 0	Euro 0

Per le spese di acquisizione e gestione del contratto, viene trattenuta dalla Compagnia una percentuale del premio pari al 50% al netto dell'importo fisso.

La quota parte percepita dai distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale, è pari al 14,29%.

In caso di recesso, la Compagnia tratterrà la somma di euro 50 per le spese sostenute per l'emissione del Contratto di Assicurazione.

Qualora per la conclusione del Contratto di Assicurazione sia prevista la visita medica e il Contraente (o l'Assicurato se persona diversa) esegua la stessa presso un centro medico non convenzionato (previa autorizzazione della Compagnia), il costo della stessa dovrà essere anticipato dal Contraente (o dall'Assicurato se persona diversa) e, successivamente all'emissione della polizza, verrà rimborsato. Laddove non sia prevista una visita medica (per età dell'Assicurato e prestazione assicurata), ma si renda necessaria una richiesta di documentazione sanitaria alla fine di completare la valutazione del rischio, le relative spese saranno a carico del Cliente.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa Assicuratrice</b>	<p>I reclami, aventi ad oggetto il rapporto contrattuale e specificamente l'effettività della prestazione e della quantificazione/erogazione delle somme dovute o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati, in forma scritta, tramite posta, fax o e-mail, a:</p> <p><b>Pramerica Life S.p.A. - Ufficio Gestione Reclami Piazza della Repubblica, 14 – 20124 Milano</b> <b>Fax 02.72003580 - Email: gestione.reclami@pramerica.it</b></p>
<b>All'IVASS</b>	<p>Qualora il diretto interessato, anche tramite i suoi rappresentanti, non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o non abbia ricevuto risposta nel termine massimo di 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria, può rivolgersi a:</p> <p><b>IVASS</b> <b>Servizio Tutela del Consumatore</b> <b>Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma Fax 06.42133206</b> <b>PEC: ivass@pec.ivass.it</b></p> <p>La richiesta dovrà essere redatta in forma scritta e contenere le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dati anagrafici del reclamante (nome, cognome, domicilio ed eventuale recapito telefonico);</li><li>• individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</li><li>• breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;</li><li>• copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;</li><li>• ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</li></ul> <p>Per la presentazione del reclamo all'IVASS, sul sito dell'Autorità è presente un apposito modulo da utilizzare per fornire tutti gli elementi necessari alla trattazione del reclamo.</p>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/08/2013, n. 98).
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

## REGIME FISCALE

### Trattamento fiscale applicabile al contratto

I premi dei contratti di assicurazione sulla vita e sulle garanzie aggiuntive Malattie Gravi (CRILL) e Non Autosufficienza (LTC) non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni.

Sui premi pagati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", viene riconosciuta annualmente al Contraente 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.

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

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

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**

SUL SITO INTERNET DELLA COMPAGNIA È DISPONIBILE, INVECE, UN'AREA RISERVATA ATTRAVERSO LA QUALE SI POTRÀ ACCEDERE ALLA PROPRIA POSIZIONE ASSICURATIVA CONSULTANDO I DATI PRINCIPALI DELLE POLIZZE SOTTOSCRITTE, QUALI, A TITOLO MERAMENTE ESEMPLIFICATIVO, LE COPERTURE ASSICURATIVE IN ESSERE, LE CONDIZIONI CONTRATTUALI SOTTOSCRITTE E LO STATO DEI PAGAMENTI DEI PREMI.

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

## 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 Contraente, se persona fisica, deve avere 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.

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 della Compagnia, ossia la data in cui la Compagnia rilascia al Contraente la polizza o il Contraente riceve per iscritto, a mezzo raccomandata, la comunicazione di assenso della Compagnia 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, la Compagnia 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 la Compagnia, 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 della Compagnia 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, la Compagnia 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 dalla Compagnia; 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 della Compagnia 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 dalla Compagnia;
- La Compagnia, ricevuta tutta la documentazione, abbia completato la valutazione della stessa e delle dichiarazioni e delle analisi sanitarie dell'Assicurando, 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), la Compagnia 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, la Compagnia provvederà a liquidare il capitale assicurato indicato sul documento di polizza secondo quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione.

Nel caso in cui la Compagnia 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:

- i. 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
- ii. 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 Compagnia 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 Compagnia:**

- 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 Compagnia 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 malafede, 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 Compagnia, all'atto della sottoscrizione di ulteriori contratti di assicurazione stipulati con la Compagnia 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 alla Compagnia 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 pagamento 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.

**NOTA BENE: 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 dalla Compagnia.**

#### **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 alla Compagnia 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 alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
2. dopo la morte del Contraente (il Contraente ha tuttavia la possibilità di dichiarare la propria volontà rispetto all'eventuale trasferimento ad un soggetto terzo della titolarità della polizza in caso di propria premorienza).



Tale dichiarazione potrà contenere il conferimento al nuovo Contraente della piena facoltà di disporre della polizza, anche per quanto riguarda il riscatto, l'apposizione di pegno o vincolo e la variazione dei Beneficiari precedentemente designati);

3. dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia 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 similari o l'insorgenza di detta situazione comporta dopo 14 giorni l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa. La copertura non opererà tuttavia per l'incidente di volo;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, anche se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi.

In questi casi la Compagnia liquiderà il solo importo dei premi versati, calcolati al momento della morte dell'Assicurato, al netto dei costi indicati nella sezione "Quali costi devo sostenere?" del DIP Aggiuntivo Vita.

### **B. Altre limitazioni**

#### *1. Limitazioni in assenza di visite mediche.*

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

È possibile, a determinate condizioni (prestazione assicurata, età dell'Assicurato), limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico da allegare alla proposta allegata nel Set 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, la Compagnia 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 indicati nella sezione "Quali costi devo sostenere?" del DIP**

## **Aggiuntivo Vita.**

### **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 della Compagnia **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 della Compagnia, hanno l'obbligo, **sotto pena di decadenza dai diritti derivanti dalla presente assicurazione**, di:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Compagnia per l'accertamento dello stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente;
- consentire che la Compagnia 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 la Compagnia 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 la Compagnia 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 dalla Compagnia 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.

La Compagnia, 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 della Compagnia 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 della Compagnia, 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 dalla Compagnia per l'accertamento dello stato di malattia terminale;
- consentire che la Compagnia 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 la Compagnia riconosca lo stato di malattia terminale così come definito al precedente art. 12 il Living Needs Benefit verrà liquidato all'Assicurato entro un termine massimo di 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta e di eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.

In caso di decesso dell'Assicurato prima del pagamento del Living Needs Benefit la Compagnia 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.

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

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

#### **Art. 14 - Premio dell'Assicurazione Principale**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il premio annuo anticipato è dovuto dal Contraente per tutta la durata del contratto ma non oltre la morte o l'Invalidità 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 corrispondere 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.

La Compagnia 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 della Compagnia 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 dalla Compagnia 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 dalla Compagnia.

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 – o di una rata, se il premio è frazionato – deve essere effettuato entro 30 giorni dalla data di scadenza pattuita.

Nel caso in cui, nel corso della durata del contratto, il Contraente non corrisponda un'annualità di premio – o una rata, se il premio è frazionato – entro il termine previsto, il contratto è sospeso dalla Compagnia.

Una volta che il contratto è sospeso, la garanzia assicurativa non è più operativa e il Contraente può chiedere la riattivazione del contratto secondo quanto previsto dal successivo art. 18.

Si precisa che qualora il Contraente non richieda la riattivazione, il contratto è risolto di diritto con la perdita definitiva della copertura assicurativa e dei premi versati, che restano definitivamente acquisiti dalla Compagnia.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Compagnia 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 la Compagnia 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 dalla Compagnia cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte della Compagnia. Qualora il Contraente avesse già eseguito il versamento del premio dovuto, la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà il premio pagato al Contraente stesso, con diritto di recuperare i costi indicati nella sezione "Quali costi devo sostenere?" del DIP Aggiuntivo Vita, le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato indicate nella proposta di assicurazione, se sostenute dalla Compagnia.

#### **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. La Compagnia, 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 nella sezione "Quali costi devo sostenere?" del DIP Aggiuntivo Vita, le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato indicate nella proposta di assicurazione, se sostenute dalla Compagnia.

La Compagnia tratterrà 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**

Il Contraente può riattivare il contratto sospeso mediante il pagamento del premio – o di tutte le rate di premio – arretrato aumentato degli interessi calcolati sulla base del saggio annuo di riattivazione, nonché in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione. Per saggio annuo di riattivazione si intende il tasso che si ottiene aggiungendo 3 punti percentuali alla misura annua di rivalutazione determinata, ai sensi della Clausola di Rivalutazione, alla ricorrenza semestrale della polizza alla quale ciascuna rata arretrata si riferisce, con un minimo del saggio legale di interesse determinato dal Ministero del Tesoro.

La riattivazione è automatica se la Compagnia riceve il versamento di quanto dovuto dal Contraente entro 3 mesi dalla data di scadenza del pagamento.

Oltre tale periodo la riattivazione può avvenire, entro un ulteriore termine massimo di 3 mesi, soltanto previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può, a sua discrezione, richiedere all'Assicurato nuovi accertamenti sanitari (il cui costo è a carico del Contraente) e/o altra documentazione e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.

La riattivazione del contratto avviene alle ore 24 del giorno di ricevimento da parte della Compagnia del pagamento dell'importo dovuto. A partire dalla sua riattivazione, il contratto prevede le normali prestazioni, fatto salvo, in ogni caso, quanto disposto dalle Condizioni di Assicurazione in ordine alla validità delle garanzie assicurative.

La riattivazione del contratto non può essere esercitata limitatamente ad una sola delle garanzie assicurate.

Trascorso il periodo di sospensione senza che il contraente abbia versato quanto dovuto, lo stesso non è più riattivabile. In questo caso il contratto si risolve ed i premi pagati vengono acquisiti dalla Compagnia.

#### **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 la Compagnia, 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**

La Compagnia 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 liquido 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 Compagnia da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

La documentazione sanitaria da inviare alla Compagnia, 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, la Compagnia 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, la Compagnia 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 della Compagnia il modulo "Flash Benefit", con i relativi allegati, e l'originale del certificato di morte dell'Assicurato.

La Compagnia anticiperà parte della prestazione assicurata, in vigore alla data della morte dell'Assicurato, entro 48 ore (2 giorni lavorativi) dal ricevimento della documentazione prevista.

La Compagnia 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, la Compagnia 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 nella Proposta di Assicurazione).

#### **Art. C - Premio delle Garanzie Aggiuntive**

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

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

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

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

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

Si precisa che l'importo del premio totale annuo indicato in proposta di assicurazione è al netto di eventuali ulteriori sovrappremi calcolati dalla Compagnia 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 dalla Compagnia.

#### **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 dalla Compagnia.

#### **Art. G - Riattivazione delle Garanzie Aggiuntive**

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

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

- Per la Garanzia Aggiuntiva CRILL, la riattivazione può avvenire entro il termine massimo di 6 mesi dalla data di scadenza della rata di premio non pagata, ma solo previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia 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 entro un ulteriore termine massimo di 3 mesi, ma solo previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia 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'invalità 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 dalla Compagnia.

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

### **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, la Compagnia 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, la Compagnia corrisponderà al Contraente i premi versati per la presente garanzia, al netto dei costi indicati nella sezione "Quali costi devo sostenere?" del DIP Aggiuntivo Vita 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 psico trope e simili;
- la pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, speleologia, immersioni subacquee, automobilismo, motociclismo, salti con sci o idrosci, sport aerei (ad esempio deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio);
- malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di effetto delle garanzie sottaciute alla Compagnia con dolo o colpa grave.

#### **Art. 6 - Denuncia del sinistro e obblighi relativi**

**Verificatasi la "malattia grave", a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi all'evento, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece, deve farne denuncia alla Compagnia entro 180 giorni dalla data in cui sia stata diagnosticata la "malattia grave" mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.** Trascorso questo termine la Compagnia 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 alla Compagnia, 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, la Società si riserva il diritto di non accettarla, o eventualmente di richiedere o effettuare ulteriori accertamenti sanitari.

A richiesta della Compagnia, 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 dalla Compagnia per l'accertamento dello stato di "malattia grave";
- fornire ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenesse opportuno richiedere;
- consentire alla Compagnia di accertare con medici di sua fiducia lo stato di malattia dell'Assicurato.

La Compagnia 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 dalla Compagnia, 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 della Compagnia, entro 30 giorni dalla comunicazione del rifiuto da parte della Compagnia, 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 dalla Compagnia, 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 la Compagnia 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.

La Compagnia 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, la Compagnia 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 Compagnia 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 dalla Compagnia.

### **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, la Compagnia corrisponderà al Contraente i premi versati per la presente garanzia al netto dei costi indicati nella sezione “Quali costi devo sostenere?” e la garanzia non sarà più operativa, mentre rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Garanzie Aggiuntive.

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

stato di non autosufficienza.

#### **Art. 5 - Esclusioni**

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

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

In questi casi, non è prevista alcuna prestazione.

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

#### **Art. 6 - Denuncia di sinistro e obblighi relativi**

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

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

La denuncia deve essere accompagnata da tutta la documentazione necessaria per verificare lo stato di salute dell'Assicurato: certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, con la data della sua 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 dalla Compagnia 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, la Compagnia 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 Compagnia 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 la Compagnia 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 Compagnia 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 Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

### **Caricamenti**

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

### **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 Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso.

### **Compagnia**

Pramerica Life S.p.A., società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

### **Conclusione del contratto / Perfezionamento del contratto**

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

### **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 Compagnia.

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

**Garanzia Principale**

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

**Gestione separata (Gestione interna separata)**

Fondo appositamente creato dalla Compagnia 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 Compagnia 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 Compagnia, 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 Compagnia 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 Compagnia 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 Compagnia (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 Compagnia 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 Compagnie 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.

### **Sovrappremio**

Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

## 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 Compagnia 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 Compagnia, 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.pramerica.com](http://www.pramerica.com)

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](mailto:pramerica@legalmail.it)

Capitale Sociale € 12.500.000 i.v.

Partita IVA 10528800963

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.