

Condizioni di assicurazione (tariffa LTC-FSI)

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?**ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO**

Il contratto è un'assicurazione monoannuale per il caso di Non Autosufficienza di rendita vitalizia per collettività (tariffa LTC-FSI), le cui prestazioni assicurate sono descritte all'Art. 2.1.

ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE E DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**2.1 Prestazioni assicurate**

Con la presente assicurazione collettiva, in relazione a ciascuna posizione individuale presente nella scheda di Polizza emessa dalla Società per ogni periodo di copertura annuale e a fronte del versamento del relativo premio, la Società garantisce, qualora si verifichi lo stato di Non Autosufficienza (come definito all'art. 2.2 e **purché riconosciuto dalla Società**) dell'Assicurato durante il periodo di copertura stesso, il pagamento della rendita annua assicurata alla data della denuncia effettuata ai sensi dell'art. 7.

La rendita assicurata viene pagata al Beneficiario designato a norma della Convenzione, finché l'Assicurato è in vita e purché permanga lo stato di Non Autosufficienza. Le rate di rendita dovute sono quelle che scadono prima della data di decesso dell'Assicurato. Dovranno essere restituite alla Società le rate di rendita eventualmente corrisposte con scadenza successiva al decesso dell'Assicurato.

Se, durante i periodi di copertura, non si verifica lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato o l'Assicurato muore, la posizione individuale si estingue ed i **relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso**.

Le garanzie sono operanti senza limiti territoriali e **fatte salve le esclusioni e le limitazioni descritte rispettivamente agli artt.3 e 4**.

Fatto salvo quanto stabilito all'art. 5.2, la rendita assicurata in ciascun periodo di copertura risulta esclusivamente, per ogni posizione individuale presente in assicurazione, dalla relativa scheda di Polizza.

2.2 Definizione dello stato di Non Autosufficienza

Lo stato di Non Autosufficienza è determinato dall'incapacità - accertata ai sensi dell'art. 7 – presumibilmente permanente, di svolgere, come sotto precisato, parte delle seguenti attività elementari della vita quotidiana:

- farsi il bagno;
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità;
- continenza;
- bere e mangiare.

Per ognuna delle attività suddette viene constatato il grado di autonomia dell'Assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di valutazione funzionale riportato nella seguente tabella. Lo stato di Non Autosufficienza viene riconosciuto quando la somma dei punteggi è almeno pari a 40.

Farsi il bagno		
1° grado	L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa di farsi il bagno.	Punteggio 10

<i>Vestirsi e svestirsi</i>		
1° grado	L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo.	Punteggio 10
<i>Igiene del corpo</i>		
1° grado	L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare al bagno; (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi; (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	Punteggio 10
<i>Mobilità</i>		
1° grado	L'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi.	Punteggio 10
<i>Continenza</i>		
1° grado	L'Assicurato è completamente continente.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia.	Punteggio 10
<i>Bere e mangiare</i>		
1° grado	L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: <ul style="list-style-type: none"> • sminuzzare/tagliare il cibo; • sbucciare la frutta; • aprire un contenitore o una scatola; • versare bevande nel bicchiere. 	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	Punteggio 10

ART. 3 – EROGAZIONE DELLA RENDITA

3.1 Rateazione e decorrenza della rendita

La rendita annua viene corrisposta, in rate mensili, a seguito del riconoscimento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato – da denunciare ed accertare secondo le modalità descritte all'art. 7 – **e fermo quanto indicato all'art. 8 in caso di rivedibilità dello stesso.**

Il diritto alla prestazione di rendita decorre dal 1° giorno del mese che segue di almeno 30 giorni la data di denuncia, effettuata ai sensi dell'Art. 7, dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato (data di decorrenza della rendita). La scadenza di pagamento delle rate di rendita è stabilita ad ogni ricorrenza mensile della data di decorrenza della rendita. La Società effettua il pagamento della prima rata di rendita con le modalità indicate nell'art. 9. **Unitamente alla prima rata di rendita, la Società corrisponde le rate mensili di rendita arretrate.**

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ART. 4 - ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia lo stato di Non Autosufficienza derivante direttamente o indirettamente da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- contaminazioni chimiche e/o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.) che determinino un'effettiva ed obiettivamente accertabile incapacità a svolgere le attività elementari della vita quotidiana;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- pratica di sport pericolosi (ad esempio: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere);
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

Se lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato deriva da una di tali cause escluse dalla garanzia, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

E' altresì escluso dalla garanzia lo stato di Non Autosufficienza qualora alla data di decorrenza della posizione individuale l'assicurato si trovi in una o più delle seguenti condizioni:

- avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere una o più delle seguenti attività elementari della vita quotidiana: mobilità, farsi il bagno, vestirsi e svestirsi, bere e mangiare, igiene del corpo, continenza;
- aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità o inabilità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 20%, o aver diritto, percepire o avere fatto richiesta per l'indennità di accompagnamento;
- essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, da altre demenze senili, dalla sclerosi multipla, dalla sclerosi laterale amiotrofica o malattia dei motoneuroni, da ictus con postumi invalidanti, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie.

Nel caso si verifichi lo stato di Non Autosufficienza dell'assicurato in presenza di una o più delle sopracitate condizioni alla data di decorrenza della posizione individuale, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

ART. 5 - LIMITAZIONI

5.1 Periodo di carenza

La garanzia per lo stato di Non Autosufficienza dovuto ad una causa diversa dall'Infortunio, è soggetta ad un periodo di carenza come definito in Convenzione.

Qualora lo stato di Non Autosufficienza sia determinato da una causa per la quale, al momento dell'insorgenza di detto stato, è operante il periodo di carenza, **la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.**

5.2 Sinistro che colpisce più Assicurati

Qualora lo stesso evento accidentale determini lo stato di Non Autosufficienza di più Assicurati, la garanzia è limitata alla corresponsione di un importo massimo complessivo di rendita annua pari a quindici volte la rendita annua media assicurata pro-capite dell'assicurazione collettiva.

L'ammontare di rendita annua spettante a ciascuno dei suddetti Assicurati si determina suddividendo l'importo massimo complessivo di rendita annua in proporzione alle rispettive rendite annue assicurate.

ESEMPIO DI IMPORTO MASSIMO LIQUIDABILE NEL CASO IN CUI LO STESSO SINISTRO COLPISCA PIÙ ASSICURATI

Nel caso di un'assicurazione collettiva in cui sono presenti:

200 Assicurati,

con rendita annua assicurata pro-capite pari a €14.400,00,

l'importo massimo complessivo di rendita annua liquidabile a fronte di uno stesso evento accidentale è pari a €216.000,00; tale importo si ottiene moltiplicando la rendita annua media assicurata pro-capite (€14.400,00) per quindici (15).

Se uno stesso evento determina la Non Autosufficienza di un numero di Assicurati tale che la somma delle relative rendite annue assicurate risulti superiore a € 216.000,00, l'importo massimo complessivo di rendita annua liquidabile dalla Società è comunque pari a € 216.000,00; tale importo viene ripartito in proporzione alla rendita annua assicurata per ciascun Assicurato (nell'esempio uguale per tutti e pari ad €14.400,00).

Ad esempio, nell'ipotesi che uno stesso evento determini la Non Autosufficienza di venti (20) Assicurati, la rendita annua liquidata a ciascuno di essi è pari a € 10.800,00.

Quest'ultimo importo si determina dividendo ciascuna rendita annua assicurata (€ 14.400,00) per la somma degli importi delle rendite annue assicurate relativi agli Assicurati colpiti da Non Autosufficienza (€ 14.400,00 * 20) e moltiplicando il risultato per l'importo massimo complessivo di rendita annua liquidabile (€216.000,00):

$$14.400,00 / (14.400,00 * 20) * 216.000,00 = 10.800,00$$

5.3 Periodo di franchigia

Ai fini dell'operatività della copertura assicurativa lo stato di Non Autosufficienza deve perdurare almeno 90 giorni decorrenti dalla data di denuncia (periodo di franchigia).

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

ART. 6 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso all'assicurazione della posizione individuale o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società si riserva:

- di impugnare l'assicurazione stessa e quindi, in caso di sinistro, di rifiutare il pagamento della prestazione, ai sensi dell'art. 1892 c.c., quando esiste malafede o colpa grave;
- di recedere dall'assicurazione stessa o, in caso di sinistro, di ridurre la somma da pagare, ai sensi dell'art. 1893 c.c., quando non esiste malafede o colpa grave.

Trascorsi 180 giorni dall'entrata in vigore delle garanzie o dalla loro eventuale riattivazione, la Società può agire, come previsto al precedente comma, esclusivamente quando esiste malafede o colpa grave.

L'inesatta o incompleta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.

ART. 7 – DENUNCIA E ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Qualora l'Assicurato manifesti uno stato di Non Autosufficienza, come definito all'art. 2.2, deve esserne fatta denuncia alla Società **entro i 90 giorni successivi, mediante raccomandata A.R.** per chiedere il pagamento della rendita ai sensi dell'art. 9. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta secondo quanto previsto dall'Allegato A.

L'Assicurato stesso, oppure il suo Procuratore/Mandatario/Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore, per il tramite dell'intermediario incaricato, sono tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza e delle relative cause. Inoltre, su richiesta della Società, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per compiere la valutazione funzionale della propria capacità fisica, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Società.

La Società si impegna ad accertare lo stato di Non Autosufficienza entro 180 giorni dalla data della denuncia o, comunque, dalla data di ricevimento dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta ai sensi dell'art. 9, inclusa quella

relativa agli eventuali accertamenti medici.

In caso di decesso dell'Assicurato prima che sia completato l'accertamento del suo stato di Non Autosufficienza:

- se il decesso avviene durante il periodo di franchigia di cui all'art. 5.3, la posizione individuale si estingue, la Società non effettua alcun pagamento ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società;
- se il decesso avviene dopo tale periodo di franchigia, lo stato di Non Autosufficienza si considera riconosciuto, fatto salvo quanto stabilito all' Art. 4, purché il decesso sia provocato dalla causa a cui è dovuto lo stato di Non Autosufficienza dichiarato in denuncia.

ART. 8 – RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

L'Assicurato riconosciuto in stato di Non Autosufficienza è obbligato a sottoporsi - su richiesta della Società e non più di una volta ogni tre anni - alle visite e agli esami medici necessari per accertare il permanere di tale stato. L'Assicurato e il Contraente sono inoltre tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per il suddetto accertamento.

Qualora non sussista più lo stato di Non Autosufficienza o, comunque, nel caso che l'Assicurato o il Contraente non adempiano ai precedenti obblighi, la Società comunica al Contraente e al Beneficiario la cessazione della corresponsione della rendita, a decorrere dalla prima rata mensile successiva alla data della comunicazione stessa.

In tal caso l'eventuale nuova attivazione delle garanzie dovrà essere esplicitamente accordata dalla Società.

ART. 9 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Tutti i pagamenti della Società in esecuzione del contratto vengono effettuati presso il domicilio della stessa o quello del competente intermediario incaricato, contro rilascio di regolare quietanza da parte degli aventi diritto, oppure mediante accredito sul conto corrente bancario dell'avente diritto.

I pagamenti vengono effettuati previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione necessaria - fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità - riportata nell'Allegato A in relazione alla causa del pagamento ivi indicata.

La documentazione deve essere fornita alla Società tramite il competente intermediario incaricato oppure mediante raccomandata inviata direttamente alla Società, specificando gli elementi identificativi del contratto. Qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzia situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma corrispondente viene messa a disposizione degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso, purché a tale data, la Società abbia ricevuto tutta la documentazione necessaria. In caso contrario, la somma viene messa a disposizione entro 30 giorni dal ricevimento da parte della Società della suddetta documentazione completa.

Decorso tale termine ed a partire dal medesimo sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto, calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice, al tasso annuo pari al saggio legale tempo per tempo in vigore, anche agli eventuali fini ed effetti di cui all'art. 1224, 2° co., c.c..

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 10 - PREMIO

10.1 Premio e modalità di pagamento

Il premio è dovuto dal Contraente in via anticipata alla data di decorrenza di ciascun periodo di copertura (data di scadenza del premio), ma non oltre la morte o la data di denuncia, ai sensi dell'art. 7, dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, purché riconosciuto dalla Società.

Il premio di competenza di ciascun periodo di copertura, indicato nella relativa scheda di Polizza, è dovuto per intero.

In caso di denuncia dello stato di Non Autosufficienza, il Contraente deve comunque continuare il pagamento dei premi fino al riconoscimento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza; a seguito del riconoscimento, la Società, oltre a corrispondere la rendita assicurata, rimborsa al Contraente i premi pagati relativi alle scadenze successive alla denuncia stessa.

Fermo restando che le parti possono stabilire nella Convenzione modalità specifiche per il pagamento del premio, ogni versamento **deve essere intestato o girato alla Società oppure al competente intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità, e deve essere corrisposto** a mezzo bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) sul conto corrente intestato alla Società e dalla stessa appositamente comunicato al Contraente. La data di versamento del premio coincide con la data di valuta del relativo accredito riconosciuta alla Società.

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

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

ART. 11 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il contratto è concluso nel giorno in cui il Contraente sottoscrive la scheda di Polizza emessa e firmata dalla Società.

ART. 12– INGRESSO E PERMANENZA NELL'ASSICURAZIONE, ENTRATA IN VIGORE DELLE GARANZIE

All'ingresso in assicurazione della posizione individuale, **a condizione che la relativa scheda di Polizza venga emessa dalla Società e che venga pagato il premio nei termini di cui agli art. 10 e 14**, le garanzie entrano in vigore alle ore 24 della data di decorrenza (decorrenza) indicata in scheda di Polizza oppure della data di emissione, se successiva, indicata nella scheda di Polizza stessa.

In caso di perdita dei requisiti previsti dalla Convenzione, per causa diversa da sinistro, la posizione individuale si estingue alle ore 24 del giorno di scadenza del periodo di copertura annuale e la Società non rimborsa alcun premio.

ART. 13 - DURATA DEL CONTRATTO E PERIODO DI COPERTURA DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE

La durata dell'assicurazione è annuale (c.d. assicurazione monoannuale) e la decorrenza del periodo di copertura è indicata nella scheda di Polizza.

Salvo il caso di cessazione della Convenzione, l'assicurazione si rinnova automaticamente da un periodo di copertura al successivo.

ART. 14 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONI DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Il mancato pagamento del premio, trascorso il termine di 45 giorni dalla relativa data di scadenza o dalla data di emissione, se successiva, indicata nella relativa scheda di Polizza, comporta - a partire dalle ore 24 della suddetta data di scadenza del premio - la sospensione delle garanzie e, se queste non vengono riattivate ai sensi dell'art. 15, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso.

A parziale deroga dell'art. 2.1, in caso di denuncia effettuata ai sensi dell'art. 7 dopo la data di scadenza del primo premio rimasto insoluto e fermo restando che lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato deve essersi verificato nei termini previsti al medesimo art. 2.1, il riconoscimento da parte della Società che lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato si è verificato:

- entro la data di scadenza del primo premio rimasto insoluto, comporta la corresponsione della rendita che risultava in vigore alla data di scadenza stessa;
- dopo la data di scadenza del primo premio rimasto insoluto, ma entro il termine di cui al primo comma del presente articolo, comporta la corresponsione della rendita che sarebbe risultata in vigore in caso di regolare versamento del premio, previo pagamento del premio stesso.

ART. 15 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

Entro 180 giorni dalla sospensione delle garanzie per mancato pagamento del premio, il Contraente può riattivarle pagando il premio arretrato per la posizione individuale, **aumentato degli interessi legali per il periodo intercorso fra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione.**

Trascorsi 180 giorni dalla sospensione delle garanzie, la riattivazione può essere concessa dalla Società che, per decidere se accordarla, **può richiedere eventuali accertamenti sanitari.**

La riattivazione ripristina le garanzie con effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio arretrato aumentato degli interessi.

In ogni caso sono fatte salve le esclusioni e le limitazioni previste per le garanzie.

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?

ART. 16 - DIRITTO DI RECESSO

Non è previsto il diritto di recesso.

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?

ART. 17 - RISCATTO E RIDUZIONE

L'assicurazione collettiva e le singole posizioni individuali non sono riscattabili.

Non sono previsti valori di riduzione.

COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

ART. 18 – CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato e sugli esiti del riesame di tale stato, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. È fatta comunque salva la possibilità delle parti di concordare la nomina di un medico unico da scegliersi di comune accordo. Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei 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 qualora uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

ART. 19 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

Il Beneficiario del contratto di assicurazione sulla vita acquista, per effetto della designazione fatta a suo favore dal Contraente, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione (art. 1920 c.c.). Pertanto le somme corrisposte al Beneficiario a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

ART. 20 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ

Le somme dovute dalla Società in dipendenza dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili fatte 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 c.c.).

ART. 21 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Per tutto quanto non disciplinato dal contratto valgono le norme della legge italiana.

ART. 22 - IMPOSTE E TASSE

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

ART. 23 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo in cui il Contraente ha la residenza o il domicilio.

ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO

I pagamenti vengono effettuati **previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione sotto elencata in relazione alla causa del pagamento**, fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità. Qualora l'esame della documentazione evidenzia situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Documentazione per la denuncia dello stato di Non Autosufficienza

Ai fini dell'accertamento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza di un Assicurato **la denuncia deve essere fatta con i termini e le modalità stabilite all'art. 7 delle Condizioni di Assicurazione**. La denuncia, effettuata su modello fornito dalla Società, oppure redatta su carta semplice fornendo tutte le informazioni previste dal modello stesso, **deve essere corredata dagli estremi del conto corrente sul quale effettuare l'accredito della rendita (intestatario, codice IBAN)**.

Inoltre, **devono essere forniti**:

- Fotocopia fronte retro del documento d'identità valido e del codice fiscale dell'avente diritto;
- Certificato attestante lo stato Non Autosufficienza e Relazione medica sulle cause della perdita di Autosufficienza, entrambi da compiersi a cura del medico curante dell'Assicurato
- Qualora l'incapacità a svolgere gli atti della vita quotidiana sia dovuta a deficit cognitivo, malattia di Alzheimer o Parkinson è necessario che lo stato di Non Autosufficienza sia accertato e certificato da un neurologo e/o geriatra mediante test quali i Mini-Mental State Examination (MMSE, Test di Folstein).
- Cartelle cliniche di ricovero in copia conforme, visite specialistiche e accertamenti strumentali che hanno portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza
- Eventuale mandato e/o procura e/o decreto di nomina di Amministratore di sostegno o del Tutore o del Curatore dell'avente diritto, nonché copia fronte/retro del documento d'identità valido e codice fiscale del Procuratore/Mandatario/Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore (*);
- Eventuale decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme, con esonero della Società da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa e da ogni ingerenza e responsabilità circa l'eventuale reimpiego, nel caso di beneficio a favore di minore o di incapace (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore o incapace). Gli importi da far autorizzare verranno comunicati dalla Società. (*)

(*) documenti da presentare in originale o copia conforme all'originale numerata ed autenticata in ogni pagina

Documentazione per il pagamento della rendita

Pena la sospensione della corresponsione della rendita, alla ricorrenza annuale della data di decorrenza della rendita deve essere fornito un documento valido comprovante l'esistenza in vita dell'Assicurato o, se l'avente diritto coincide con l'Assicurato, un'autocertificazione corredata da copia di un documento d'identità in corso di validità del medesimo redatto in data non antecedente ai 30 giorni che precedono ogni anniversario della data di liquidazione della rendita.

ALLEGATO B – GLOSSARIO

Appendice: Documento che forma parte integrante del contratto, sottoscritto insieme ad esso o in un momento successivo, per modificarne o integrarne alcuni aspetti, in base a quanto concordato tra la Società ed il Contraente.

Assicurato: Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita. Può coincidere con il Contraente e/o con il Beneficiario.

Assicurazione: Vedi "Contratto di assicurazione sulla vita".

Assicurazione (o Garanzia) di rischio: Assicurazione finalizzata alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato (ad esempio il decesso o l'invalidità), che prevede il pagamento della prestazione esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

Beneficiario: Persona fisica o giuridica, designata dal Contraente, che riceve la prestazione contrattuale quando si verifica l'evento previsto. Può coincidere con il Contraente stesso e/o con l'Assicurato.

Carenza: Periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci o hanno efficacia limitata. Se l'evento oggetto del contratto avviene in tale periodo, la Società non corrisponde la prestazione assicurata o corrisponde una somma inferiore.

Caricamenti: Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi sostenuti dalla Società.

Collettiva: Contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione operante in applicazione di un'apposita Convenzione che il Contraente stipula con la Società per i componenti di una collettività omogenea di individui, ciascuno dei quali potrà essere inserito nell'operazione con una propria posizione individuale (esempio: il datore di lavoro che stipula l'assicurazione collettiva per i propri dipendenti).

Contraente: Persona fisica o giuridica che stipula il contratto con la Società e si impegna al versamento dei premi. Può coincidere con l'Assicurato e/o con il Beneficiario.

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

Convenzione: Contratto che il Contraente stipula con la Società per concludere assicurazioni sulla vita o capitalizzazioni in forma di collettiva.

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

Garanzia complementare o accessoria: Garanzia di rischio abbinata facoltativamente o obbligatoriamente alla Garanzia principale.

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 essere indicati nella dichiarazione dei redditi.

Intermediario o intermediario assicurativo: Persona fisica o giuridica, diversa da un'impresa di assicurazione o riassicurazione o da un dipendente della stessa e diversa da un intermediario assicurativo a titolo accessorio, che avvii o svolga a titolo oneroso l'attività di distribuzione assicurativa.

IVASS (ex ISVAP): Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nel settore assicurativo sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. A far data dal 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, competenze e funzioni di vigilanza precedentemente affidati all'ISVAP.

Liti transfrontaliere: Controversie tra un Contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro.

Opzione: Clausola contrattuale secondo cui il Contraente può scegliere che la prestazione sia corrisposta in forma diversa da quella originariamente prevista. Ad esempio: l'opportunità di scegliere che il capitale sia convertito in una rendita vitalizia o, viceversa, di chiedere che la rendita vitalizia sia convertita in un capitale da pagare in unica soluzione.

Perfezionamento del contratto: Momento in cui avviene il pagamento del primo premio pattuito.

Polizza/Scheda di Polizza: Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione o di capitalizzazione.

Premio: Importo che il Contraente si impegna a corrispondere alla Società - in unica soluzione o secondo un piano di versamenti prestabilito - quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione o di capitalizzazione.

Prescrizione: Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Prestazione: Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario al verificarsi dell'evento previsto dal contratto.

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

Quietanza: Documento che prova l'avvenuto pagamento (esempio: quietanza di premio rilasciata dalla Società al Contraente a fronte del versamento del premio; quietanza di liquidazione rilasciata dal Beneficiario alla Società a fronte del pagamento della prestazione).

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

Revoca della Proposta: Possibilità di impedire la conclusione del contratto, prima che la Società comunichi la propria accettazione alla Proposta ricevuta, che determina il diritto alla restituzione di quanto eventualmente pagato.

Riattivazione: Facoltà del Contraente di riprendere, con le modalità e nei termini indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

Riserva matematica: Importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli impegni assunti contrattualmente. La legge impone alle Società particolari obblighi relativi a tale riserva e all'attività finanziaria in cui essa viene investita.

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

Sovrappremio: Maggiorazione di premio richiesta dalla Società per le assicurazioni con garanzie di rischio, nel caso in cui l'Assicurato superi i normali livelli di rischio, in relazione alle proprie condizioni di salute (sovrappremio sanitario) o in relazione alle attività professionali o sportive svolte (sovrappremio professionale o sportivo).