



# Pramerica

Contratto di Assicurazione Temporanea per il Caso di Morte, con Assicurazioni Complementari facoltative

## New Pramerica Copertura su Misura

**Il presente Set Informativo, contenente:**

- DIP Danni
- DIP Vita
- DIP Aggiuntivo Multirischi
- Condizioni di assicurazione

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

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente il DIP Danni, il DIP Vita e il DIP Aggiuntivo Multirischi**

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono redatte secondo le linee guida "Contratti semplici e chiari".

Edizione 01/20

### Pramerica Life S.p.A.

Società soggetta a direzione e coordinamento  
di Eurovita Holding S.p.A.

# SET INFORMATIVO

## “New Pramerica Copertura su Misura”

---

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE,  
CON ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI FACOLTATIVE

Il presente Set Informativo, contenente:

DIP Danni	Pag. 3
DIP Vita	Pag. 5
DIP Aggiuntivo Multirischi	Pag. 7
Condizioni di assicurazione	Pag. 12

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

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

# Assicurazione Infortuni e Malattia e Rimborso Spese Mediche

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: PRAMERICA LIFE S.p.A.

Prodotto: New Pramerica Copertura su Misura

Pramerica Life S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia ed iscritta all'albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00086 e all'Albo Gruppi Assicurativi al n. 053.

Il presente documento contiene informazioni per aiutare il potenziale contraente a capire le caratteristiche principali relative al prodotto assicurativo danni.

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

## Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza prevede una copertura principale vita temporanea per il caso di morte e alcune garanzie aggiuntive facoltative vita (CRILL e LTC) e danni (copertura infortuni e malattia, rimborso spese mediche e prestazioni di assistenza). Al momento della sottoscrizione del contratto il Contraente può scegliere, oltre all'Assicurazione Principale, anche una delle Garanzie Aggiuntive previste.



### Che cosa è assicurato?

**INFORTUNI e MALATTIA (solo se richiamata in polizza)**

- ✓ Morte da infortunio
- ✓ Invalidità permanente da infortunio
- ✓ Inabilità temporanea (solo per lavoratori autonomi)
- ✓ Diaria da ricovero
- ✓ Diaria da gessatura
- ✓ Invalidità permanente da malattia (di grado superiore al 22%)

**RIMBORSO SPESE MEDICHE (solo se richiamata in polizza)**

- ✓ Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti di cura (ricovero e/o day hospital con/senza intervento chirurgico, parto cesareo/fisiologico ed aborto terapeutico, intervento chirurgico odontoiatrico, correzione difetti visivi, interventi plafonati se effettuati in regime di assistenza indiretta)
- ✓ Indennità sostitutiva
- ✓ Spese per accompagnatore, trasporto dell'assicurato all'istituto di cura, rimpatrio salma
- ✓ Spese sanitarie relative al neonato
- ✓ Ticket SSN sulle prestazioni coperte (ospedaliere)
- ✓ Alta Diagnostica (Cure e diagnostica di Alta Specializzazione)
- ✓ Cure Domiciliari ed Ambulatoriali
- ✓ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio
- ✓ Cure odontoiatriche da infortunio
- ✓ Spese per l'acquisto di lenti / occhiali
- ✓ Ticket SSN sulle prestazioni coperte (extraospedaliere)

**ASSISTENZA (solo se richiamata in polizza e abbinata ad una delle coperture Danni)**

- ✓ Collaboratore familiare
- ✓ Consegna esiti esami, medicinali e/o spesa a domicilio
- ✓ Consulenza medica di alta specializzazione
- ✓ Consulenza medica telefonica
- ✓ Guardia medica permanente e Assistenza domiciliare d'urgenza
- ✓ Invio fisioterapista e/o infermiere a domicilio
- ✓ Invio di un medico generico a domicilio
- ✓ Rimpatrio salma
- ✓ Second opinion
- ✓ Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario
- ✓ Tutoring

L'impegno della Compagnia è in ogni caso rapportato ai massimali, alle franchigie, ai periodi di carenza ed alle limitazioni ed esclusioni indicate nei documenti contrattuali riguardanti il prodotto e la singola copertura oltre che alle somme assicurate concordate con il contraente.



### Che cosa non è assicurato?

**Assicurazione in generale**

- ✗ non sono assicurabili le persone che al momento della sottoscrizione della polizza siano affette da alcolismo, insulino-dipendenza, tossicodipendenza, sieropositività HIV, immunodeficienza acquisita (per la sola garanzia Infortuni e Malattia, sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi).
- ✗ non sono assicurabili le persone che al momento della sottoscrizione non risiedano in Italia o nello Stato Città del Vaticano.
- ✗ le persone che non rispettino i limiti minimi e massimi di età al momento della sottoscrizione e in corso di validità del contratto (per i dettagli relativi alle singole coperture si vedano gli artt. 30, 36 delle Condizioni di Assicurazione relative alle coperture Infortuni e Malattia e l'art. 16 delle Condizioni di Assicurazione relative alle coperture Rimborso Spese Mediche).

**Sezione Infortuni** - L'assicurazione non è operante per:

- ✗ le conseguenze di infortuni accaduti prima della data di effetto dell'assicurazione o derivanti dalla pratica delle attività specificate nell'elenco all'interno delle Condizioni di Assicurazione (per l'elenco completo dei rischi esclusi si veda l'art. 27 delle Condizioni di Assicurazione relative alle coperture Infortuni e Malattia).

**Sezione Malattia** - L'assicurazione non è operante per:

- ✗ le invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione, imputabili a condizioni fisiche o patologiche preesistenti o conseguenti alle patologie specificate nell'elenco all'interno delle Condizioni di Assicurazione (per l'elenco completo dei rischi esclusi si veda l'art. 34 delle Condizioni di Assicurazione relative alle coperture Infortuni e Malattia).
- ✗ le conseguenze, complicanze dirette o indirette di malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Sanitario, nonché quelle sottaciute ma già conosciute/diagnosticate al momento della sottoscrizione.

**Sezione Rimborso spese mediche:**

- ✗ non sono assicurabili i rischi relativi ad alcune patologie nonché le conseguenze e le spese relative alle circostanze indicate nelle Condizioni di Assicurazione (per l'elenco completo dei rischi esclusi si veda l'art. 14 delle Condizioni di Assicurazione relative alle coperture Rimborso Spese Mediche).



## Ci sono limiti di copertura?

Nel contratto sono previste limitazioni ed esclusioni alle garanzie assicurative che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

### Sezione Infortuni

! Invalidità permanente da infortunio: franchigia 3%/5% in base a tabella selezionata;

### Sezione Malattia - Periodi di carenza:

- ! infortuni: momento in cui ha effetto l'assicurazione.
- ! malattie: 30 giorni da quello di effetto dell'assicurazione.
- ! parto: 300 giorni da quello di effetto dell'assicurazione.
- ! conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula se in tal momento non conosciuti e/o diagnosticati: 180 giorni da quello di effetto dell'assicurazione.
- ! malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 30 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

### Sezione Rimborsio spese mediche:

- ! per gli infortuni: momento in cui ha effetto l'assicurazione.
- ! per le malattie: 30 giorni successivi a quello di effetto dell'assicurazione.
- ! per le conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula qualora in tal momento non conosciuti e/o diagnosticati: 180 giorni successivi a quello di effetto dell'assicurazione.
- ! per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.



## Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione ti copre in tutto il mondo.



## Che obblighi ho?

- Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto lo stesso rischio o rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa. Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.
- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio in caso di cambio di professione), possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

### INFORTUNI e MALATTIA

- Per la copertura invalidità permanente da malattia è previsto l'accertamento dello stato di salute dell'assicurato ed è necessaria la compilazione del questionario sanitario prima della sottoscrizione del contratto.
- Devi denunciare il sinistro infortuni o malattia entro 5 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato oppure dal momento in cui ne hai avuto la possibilità e comunque non oltre 2 anni dalla data di cessazione della polizza.

### RIMBORSO SPESE MEDICHE

- Devi denunciare il sinistro dandone avviso scritto a Previmedical (che gestisce per conto della Compagnia i sinistri, oppure alla Compagnia stessa, quando ne hai avuto conoscenza e, comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui ne hai avuto la possibilità. Sei sollevato da tale obbligo se ti sei avvalso di istituti di cura e/o di medici convenzionati e sei stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro. In questo caso, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza.
- Devi consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Compagnia, sottoporli agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da nostri incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che ti hanno visitato o curato e gli enti presso i quali sei stato ricoverato o curato ambulatorialmente.



## Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato al rilascio della polizza. Puoi chiedere il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze semestrali stabilite. Il Contraente deve pagare il premio mediante addebito sul proprio conto corrente bancario.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati regolarmente pagati. Se non paghi i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione rimane sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo a quello di scadenza e ritorna in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite. La copertura dura un anno dalla data della sottoscrizione della polizza oppure dalla data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione, e prevede il tacito rinnovo a scadenza.



## Come posso disdire la polizza?

Per disdire il contratto devi inviare comunicazione a Pramerica a mezzo lettera raccomandata entro il termine di 60 giorni prima della scadenza annuale. In tal caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta.

E' prevista la facoltà di recedere dal contratto nei casi previsti dalla legge o dopo ogni sinistro denunciato e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto all'indennizzo, dandone comunicazione a Pramerica parte mediante lettera raccomandata, ad eccezione della garanzia invalidità permanente da malattia per la quale il recesso per sinistro non è esercitabile. Entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, Pramerica rimborsa al contraente la quota di premio relativa al periodo di rischio non corso per le garanzie cessate ed al netto delle imposte.

# Contratto di Assicurazione Temporanea per il caso di Morte con Assicurazioni Complementari Facoltative



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

Compagnia: Pramerica Life S.p.A.

Prodotto: New Pramerica  
Copertura su Misura

Data realizzazione documento: 01/01/2020

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al 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:

#### Assicurazione Principale

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

#### Assicurazioni Complementari

- ✓ **IGP - Invalidità Grave e Permanente**
- ✓ **Malattie Gravi** (c.d. **Critical Illness-CRILL**), tali si intendono: l'infarto miocardico, il cancro e l'ictus cerebro-vascolare;
- ✓ **Non Autosufficienza** (c.d. **Long Term Care - LTC**).

Le garanzie **IGP**, **Malattie Gravi** e **Non Autosufficienza** sono valide solo se espressamente richiamate in proposta e polizza.

Il **capitale minimo assicurabile** non potrà essere inferiore a euro 100.000 - in caso di decesso - 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 - 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.



### 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 74 anni (garanzia Decesso), 55 anni (garanzia Malattia Grave) e 65 (garanzia Non Autosufficienza);
- ✗ alla scadenza dell'Assicurazione, abbiano un'età superiore a 75 anni (garanzia Decesso) e 70 anni (garanzie Malattia Grave e Non Autosufficienza).

Le garanzie **Decesso** e **Malattie Gravi** non operano in caso di:

- ✗ dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi o colposi;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari;
- ✗ 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 dell'Assicurato, se avviene nei primi 2 anni dalla decorrenza della copertura assicurativa o trascorso questo periodo, nei primi 6 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.

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

- ✗ dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ patologie nervose o mentali non di natura organica;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi o colposi;
- ✗ malattie e infortuni correlati all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti;
- ✗ sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- ✗ pratica di determinate attività sportive.



## Ci sono limiti di copertura?

- ! La garanzia **Decesso** è sottoposta ad un periodo di **carezza** di 5 anni, qualora l'Assicurato non si sia sottoposto al test HIV e la morte sia dovuta 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 carezza di 180 giorni.
- ! La garanzia **Non Autosufficienza** è sottoposta ad un periodo di carezza 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 sottoporli 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 un premio annuo anticipato, mediante addebito sul proprio conto corrente. L'entità del premio si determina annualmente in base all'età dell'Assicurato, all'ammontare della prestazione assicurata, allo stato di salute dell'Assicurato e all'attività professionale e sportiva svolta dall'Assicurato.
- In relazione alla sola garanzia principale e alle garanzie aggiuntive Malattie Gravi e Non Autosufficienza, 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 150. 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.



## 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 1 anno ad un massimo di 20 anni.



## Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o 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. 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 Assicurazioni Complementari Facoltative



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

**Compagnia:** Pramerica Life S.p.A. **Prodotto:** New Pramerica Copertura su Misura

Data realizzazione documento: 01/01/2020

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto e 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 - soggetta a direzione e coordinamento di Eurovita Holding S.p.A., Piazza della Repubblica n. 14 - 20124 Milano; Tel. 02 722581; Sito Internet: [www.pramericaigroup.it](http://www.pramericaigroup.it); 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 ad € 60,23 milioni al 31/12/2018, di cui il capitale sociale è pari ad € 12,5 milioni e le riserve patrimoniali ammontano ad € 47,73 milioni. L'indice di solvibilità di Pramerica, determinato in applicazione della normativa Solvency II, è pari al 294,5 % 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?

In corso di contratto non possono essere effettuate integrazioni o modifiche delle garanzie aggiuntive Ramo Vita selezionate in fase di sottoscrizione.

Il Contraente può tuttavia decidere, unicamente in occasione della ricorrenza annuale della polizza, di non rinnovare le eventuali garanzie aggiuntive Ramo Danni, inviando alla Compagnia una raccomandata con ricevuta di ritorno almeno 60 giorni prima della ricorrenza annuale della polizza.



### Che cosa NON è assicurato?

#### Rischi esclusi

Oltre a quanto indicato nel DIP – Documento Informativo Precontrattuale, sono espresse di seguito maggiori informazioni.

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

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

## Rischi esclusi

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

- ✗ 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 e di volere da lui stesso procurata;
- ✗ infortunio che avvenga quando l'Assicurato si trova in stato di ebrezza caratterizzato da un tasso alcolemico 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, partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di stato;
- ✗ 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 Danni e 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 seguenti 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 Infortunio o Malattia entro e non oltre 5 giorni dalla data in cui si è verificato il sinistro oppure dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, e comunque non oltre 2 anni dalla data di cessazione della polizza;
- in caso di Invalidità 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 dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Invece, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione relativamente alle "garanzie danni" si prescrivono in due 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 detti termini, 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 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesto; decorso tale termine il Beneficiario può richiedere gli interessi moratori dal termine stesso.

La liquidazione di importo superiore ad euro 10.000.000 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 10.000.000 e sarà effettuata a distanza di tre mesi dalla precedenza.

Ogni pagamento verrà effettuato con assegno o bonifico.

**Gestione da parte di altre imprese:** -

**Assistenza diretta/in convenzione:** l'Assicurato che necessita delle prestazioni comprese nella garanzia aggiuntiva Assistenza dovrà rivolgersi alla Centrale Operativa di Previmedical, che è a disposizione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.



<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze con dolo o colpa grave, la Compagnia può alternativamente rifiutare - in caso di sinistro - qualsiasi pagamento, oppure contestare la validità del contratto, entro 3 mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze senza dolo o colpa grave, la Compagnia può alternativamente ridurre - in caso di sinistro - la prestazione assicurata in relazione al maggior rischio accertato, oppure ha la facoltà di recedere dal contratto, entro 3 mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza.
---	--



## Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	<p>Oltre a quanto indicato nel DIP - Documento Informativo Precontrattuale, sono esposte di seguito maggiori informazioni.</p> <p>La richiesta di modifica dell'opzione, per la sola garanzia principale e per le garanzie aggiuntive CRILL e LTC, deve essere inviata dal Contraente almeno 90 giorni prima di ciascuna ricorrenza triennale in cui l'opzione può essere esercitata.</p> <p>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.</p>
<b>Rimborso</b>	Relativamente alla garanzia principale, 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 durante tale periodo, si dovesse verificare il decesso dell'Assicurato, la Compagnia provvederà a restituire il premio di rata al Contraente.
<b>Sconti</b>	Non sono previsti sconti di premio.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	La durata delle garanzie aggiuntive è pari alla durata contrattuale dell'assicurazione principale. In tutti i casi di sospensione per mancato pagamento dei premi ed estinzione dell'assicurazione principale, le garanzie aggiuntive restano sospese fino ad una eventuale riattivazione dell'assicurazione principale, fermo restando che in caso di mancata riattivazione, i relativi premi restano acquisiti dalla Compagnia.
<b>Sospensione</b>	Non sono previsti casi di sospensione delle garanzie.



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

<b>Revoca</b>	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e DIP Vita.</i>
<b>Recesso</b>	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e DIP Vita.</i>
<b>Risoluzione</b>	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e DIP Vita.</i>



## A chi è rivolto questo prodotto?

Questa polizza - grazie a 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 della condizione di Non Autosufficienza e dal verificarsi di un Infortunio, sia in ambito lavorativo sia extra-professionale, 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?

Per le spese di acquisizione e gestione del contratto, viene trattenuta dalla Compagnia una percentuale del premio pari al 40%.

La quota parte percepita dai distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale, è pari al 40%.

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, le relative spese sono a carico del Contraente, o dell'Assicurato - se persona diversa.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Valori di riscatto e riduzione	Non sono previsti né riscatti né riduzioni.
Richiesta di informazioni	-

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

All'impresa Assicuratrice	<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: <a href="mailto:gestione.reclami@pramerica.it">gestione.reclami@pramerica.it</a></b></p>
All'IVASS	<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: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a></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>

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

<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**

<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	<p>I premi dei Contratti di Assicurazione sulla Vita e sulle garanzie aggiuntive Malattie Gravi e Non Autosufficienza non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni.</p> <p>Sui premi pagati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%), la garanzia Malattie Gravi e Non Autosufficienza, viene riconosciuta annualmente al Contraente (o al soggetto che sopporta l'onere economico del pagamento del premio) una detrazione d'imposta ai fini IRPEF, con le modalità ed i limiti previsti per legge.</p> <p>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.</p> <p>Le somme corrisposte in caso di morte, Invalidità Grave e Permanente, Beneficio in Vita, Malattie Gravi e Non Autosufficienza, anche se erogate in forma di rendita, sono esenti da imposta sostitutiva IRPEF.</p>
---	---

**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

<b>GLOSSARIO</b>	pag. 3
<b>QUALI SONO LE PRESTAZIONI?</b>	
1. Assicurazione Principale	pag. 13
2. Assicurazioni Complementari	pag. 14
a. VITA	
• Invalidità Grave e Permanente (IGP)	pag. 14
• Critical Illness (CRILL)	pag. 15
• Long Term Care (LTC)	pag. 16
• Living Needs Benefit — Beneficio in vita (LNB)	pag. 18
b. DANNI	
• Infortuni	pag. 19
• Invalidità Permanente da Malattia	pag. 21
• Rimborso spese mediche	pag. 22
• Assistenza	pag. 23
3. Opzioni	pag. 24
• Opzione Flash Benefit	
<b>COSA NON E' ASSICURATO? CI SONO LIMITI DI COPERTURA?</b>	
4. Persone non assicurabili e limiti di età	pag. 25
5. Esclusioni e limitazioni	pag. 26
<b>CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA LA COMPAGNIA?</b>	
6. Denuncia del sinistro e documentazione da presentare	pag. 33
7. Prescrizione	pag. 37
8. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	pag. 37
9. Pagamenti della Compagnia	pag. 38
<b>QUANDO E COME DEVO PAGARE?</b>	
10. Premio (limiti e mezzi di pagamento)	pag. 41
<b>QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?</b>	
11. Conclusione del contratto e decorrenza della copertura	pag. 43
12. Durata	pag. 43
<b>COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO?</b>	
13. Revoca della proposta	pag. 44
14. Diritto di recesso	pag. 44
15. Risoluzione	pag. 44
<b>SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI?</b>	
16. Riscatto	pag. 45
17. Riduzione	pag. 45
18. Mancato pagamento del premio: sospensione e risoluzione	pag. 45
19. Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione	pag. 45
<b>QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?</b>	
20. Costi	pag. 46
<b>ALTRE INFORMAZIONI</b>	
21. Beneficiario	pag. 47
22. Non pignorabilità e non sequestrabilità	pag. 47
23. Cessione — Pegno — Vincolo	pag. 47
24. Tasse ed imposte	pag. 47
25. Controversie e foro competente	pag. 47
26. Assicurazione presso diversi assicuratori	pag. 48
27. Rinuncia al diritto di rivalsa	pag. 48
28. Assicurazione per conto altrui	pag. 48
29. Legge applicabile al contratto	pag. 48
30. Lingua in cui è redatto il contratto	pag. 48

## **ALLEGATI DANNI**

Allegato 1 – Classi di rischio delle attività professionali	pag. 49
Allegato 2 - Tabella Inail delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente	pag. 53
Allegato 3 – Invalidità Permanente da Infortunio Franchigia 3%	pag. 55
Allegato 4 – Invalidità Permanente da Infortunio Franchigia 5%	pag. 57
Allegato 5 - Tabella Opzioni 1, 2 e 3	pag. 59
Allegato 6 - Elenco Prestazioni Alta Diagnostica	pag. 60
Allegato 7 - Elenco Prestazioni Rimborso Spese Mediche	pag. 61
Allegato 8 - Elenco Prestazioni Assistenza	pag. 67

## GLOSSARIO VITA

### **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.

### **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.

### **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**

Condizione secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto. Tale atto diviene efficace 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**

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 che disciplinano il contratto di assicurazione. Consolidamento

Meccanismo in base al quale il rendimento attribuito secondo la periodicità stabilita dal contratto (semestralmente), e quindi la rivalutazione delle prestazioni assicurate, sono definitivamente acquisiti dal contratto e conseguentemente le prestazioni stesse possono solo aumentare e mai diminuire.

### **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.

### **Costi**

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla società, nonché oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

### **Decorrenza**

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



**Differimento (periodo di)**

Nelle polizze che prevedono una prestazione liquidabile a scadenza, periodo che intercorre tra la scadenza del contratto e la liquidazione del capitale o della rendita.

**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.

**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.

**Fondo Pramerica Financial**

Nome della Gestione Separata della Compagnia (vedi "Gestione separata")

**Assicurazioni Complementari**

Garanzia di puro rischio abbinata facoltativamente all' Assicurazione Principale, come ad esempio la garanzia complementare infortuni o la garanzia esonero pagamento premi in caso di invalidità.

**Assicurazione 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.

**Garanzia Aggiuntiva** Si veda "Assicurazioni Complementari"

**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.

**Impignorabilità e insequestrabilità**

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.

**Intermediario**

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

**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. (IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP. Ogni riferimento all'ISVAP contenuto nella documentazione contrattuale e precontrattuale deve intendersi effettuato all'IVASS).

**Liquidazione**

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

**Minimo trattenuto**

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

**Opzione**

Clausola del contratto di assicurazione secondo cui il Contraente può 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.

**Partecipazione agli utili**

Percentuale del rendimento finanziario attribuita al Contratto.

**Pegno**

Condizione secondo cui il contraente ha la facoltà di dare in pegno il contratto. Tale atto diviene efficace solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. Qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia della garanzia prestata richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno. Con il pegno il Contraente pone il valore di riscatto del contratto 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.

**Prestito**

Somma che il Contraente può richiedere alla Compagnia nei limiti del valore di riscatto eventualmente previsto dal contratto. Le condizioni, il tasso d'interesse e le modalità di rimborso del prestito vengono definite in una apposita appendice da allegare al contratto.

**Proposta**

Documento con il quale il Contraente, in qualità di proponente, manifesta alla Compagnia la volontà di concludere un contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

**Proroga**

Prolungamento del periodo di efficacia del contratto di assicurazione.

**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.

**Recesso (o ripensamento)**

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

**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**

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.

**Riduzione**

Diminuzione della prestazione inizialmente assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere il pagamento dei premi periodici, determinata tenendo conto dei premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti.

**Riscatto**

Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni di assicurazione.

**Riscatto parziale**

Facoltà del Contraente di riscuotere anticipatamente una parte del valore di riscatto maturato sulla polizza alla data della richiesta e determinato in base alle Condizioni di assicurazione.

**Riserva matematica**

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 Compagnia 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.

**Rivalutazione delle Prestazioni**

Maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della gestione separata secondo la periodicità (semestrale) stabilita dalle Condizioni di assicurazione.

**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).

**Tariffa**

Insieme di basi demografiche e finanziarie che consentono di determinare il premio che il Contraente deve versare per ottenere la prestazione richiesta.

**Tariffa Privilegiata**

Tariffa basata sul principio di differenziazione del rischio (e quindi dell'importo del premio da versare) in funzione delle condizioni di salute e all'abitudine al fumo dell'Assicurato.

**Tasso di Rendimento Minimo Garantito**

Rendimento finanziario, annuo e composto, che la Compagnia di assicurazione garantisce alle prestazioni assicurate. Può essere già conteggiato nel calcolo delle prestazioni assicurate iniziali oppure riconosciuto anno per anno tenendo conto del rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata.

**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.

**Vincolo**

Condizione secondo cui il contraente ha la facoltà di vincolare le somme assicurate dal contratto. Tale atto diviene efficace solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. Qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia della garanzia prestata richiede l'assenso scritto del vincolatario. 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.

## GLOSSARIO DANNI

### **Assistenza infermieristica**

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

### **Assicurato**

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

### **Assicurazione**

Il contratto di assicurazione.

### **Attività professional**

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

### **Carenza/Termini di aspettativa**

Periodo di tempo durante il quale le prestazioni/garanzie non sono efficaci.

### **Cartella clinica**

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

### **Centro medico**

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

### **Chirurgia bariatrica**

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

### **Compagnia**

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

### **Contraente**

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

### **Convalescenza**

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

### **Day Hospital con/senza intervento**

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

### **Difetti fisici**

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

**Documentazione sanitaria e di spesa**

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

**Evento**

- Prestazioni Ospedaliere: il singolo ricovero, Day Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero, Day Hospital o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- Prestazioni Extraospedaliere: l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, prescritti ed inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

**Franchigia**

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

**Inabilità temporanea da infortunio**

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

**Indennizzo**

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

**Infortunio**

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

**Intervento chirurgico**

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

**Intervento chirurgico ambulatoriale**

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

**Intramoenia**

Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di Day Hospital o di Ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria. Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

**Invalidità Permanente**

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

**Invalido Civile**

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

**Istituto di Cura**

Istituto Universitario, Ospedale, Casa di Cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.



Non sono convenzionalmente considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.

**Malattia**

Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

**Malattia mentale**

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

**Malformazione**

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

**Massimale**

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

**Medicina alternativa o complementare (MAC)**

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

**Nucleo familiare**

L'Assicurato che sottoscrive il certificato quale capo nucleo, il coniuge in alternativa il convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, conviventi e non dell'Assicurato Capo-nucleo e del/la convivente more uxorio.

**Opzione Assicurativa**

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

**Patologia preesistente**

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

**Polizza**

Il documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'assicurazione.

**Premio**

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

**Previmedical S.p.A**

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

**Questionario Sanitario**

Il documento contrattuale che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato. Il documento deve essere compilato prima di stipulare il contratto assicurativo e sottoscritto dall'Assicurato stesso o da chi ne esercita la potestà e costituisce parte integrante della polizza.

**Rette di degenza**

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

**Ricovero**

La degenza, che comporti almeno un pernottamento, in strutture ospedaliere pubbliche o private regolarmente autorizzate all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

**Rimborso**

Somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato in caso di sinistro.

**Scoperto**

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

**Sforzo**

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

**Sinistro**

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

**Sport professionistico**

Secondo la legge 23 marzo 1981 n° 91 e successive modifiche vengono definiti sportivi professionisti gli atleti che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono tale qualifica dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

**Struttura Operativa**

Parte della struttura organizzativa Previmedical, che provvede a fornire assistenza telefonica all'Assicurato e provvede alla gestione dei sinistri relativi alle garanzie di cui alla presente polizza.

**Struttura organizzativa**

Il complesso di responsabili, personale, sistemi informativi, attrezzature ed ogni presidio o dotazione, centralizzato o meno, attraverso cui la Compagnia fornisce l'erogazione delle prestazioni di assistenza, previste nel contratto, su richiesta dell'Assicurato.

**Strutture Sanitarie e Medici convenzionati (Network Sanitario)**

Rete convenzionata con Previmedical costituita da Ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse.

**Tabella di Indennizzo**

La tabella attraverso la quale viene determinato l'Indennizzo spettante all'Assicurato per il grado di Invalidità Permanente accertato secondo la Tabella di valutazione medico-legale.

**Tabella di valutazione medico-legale**

La tabella finalizzata alla determinazione del grado di Invalidità Permanente subito dall'Assicurato in seguito a sinistro.

**Territorio italiano**

Il territorio della Repubblica Italiana e della Città del Vaticano.

**Trattamenti fisioterapici e riabilitativi**

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e fatturate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di trattamenti fisioterapici e rieducativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

**Visita specialistica**

La visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### Oggetto del contratto

Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte con Assicurazioni Complementari facoltative ramo vita (CRILL e LTC) e ramo danni (infortuni e malattia, rimborso spese mediche e assistenza).

Al momento della sottoscrizione del contratto il Contraente può scegliere, oltre all'Assicurazione Principale, anche una delle Assicurazioni Complementari.

In corso di contratto non possono essere effettuate integrazioni o modifiche alle Assicurazioni Complementari ramo vita selezionate in fase di sottoscrizione.

Il Contraente può tuttavia decidere, unicamente in occasione della ricorrenza annuale della polizza, di non rinnovare le eventuali Assicurazioni Complementari ramo danni, inviando alla Compagnia una raccomandata almeno 60 giorni prima della ricorrenza annuale della polizza stessa.

Il contratto è disciplinato dalla documentazione precontrattuale, dalle condizioni di assicurazione che seguono, nonché da quanto indicato nelle eventuali appendici e negli allegati.

### QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

#### Prestazioni Assicurate

Il contratto è costituito dall'Assicurazione Principale e dalle eventuali Assicurazioni Complementari.

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

#### Art. 1 - Assicurazione Principale

In caso di decesso dell'Assicurato, in qualsiasi epoca avvenga entro la durata contrattuale, la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario designato il capitale caso morte assicurato, a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi, fatto salvo quanto previsto al successivo art. 5.

La Compagnia offre, inoltre, una garanzia temporanea all'Assicurato anche quando il contratto non si sia ancora concluso (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).

In particolare, la Compagnia liquiderà al Beneficiario il capitale assicurato della sola Assicurazione Principale (le eventuali Assicurazioni Complementari richiamate in proposta si intendono escluse), con il limite massimo di importo liquidabile pari ad Euro 600.000,00 (seicentomila/00), a condizione che:

- il decesso dell'Assicurato sia intervenuto dopo la sottoscrizione della proposta di polizza da parte del Contraente e dell'Assicurato;
- la prima rata di premio sia stata pagata e l'incasso sia andato a buon fine;
- Il decesso 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, il contratto si intenderà non concluso e la Compagnia provvederà a restituire il premio di rata versato.

Pertanto nulla sarà dovuto al Contraente e/o al Beneficiario, neppure per la morte conseguenza diretta di infortunio.

Sono in ogni caso fatte salve le esclusioni e limitazioni dalla copertura assicurativa di cui al successivo art. 7.

## **Art. 2 - Assicurazioni complementari**

Il Contraente, al momento della sottoscrizione della proposta, può integrare la prestazione prevista dall'Assicurazione Principale con le seguenti Assicurazioni Complementari:

### **A. RAMO VITA**

- Invalidità Grave e Permanente (IGP);
- Critical Illness – (CRILL);
- Long Term Care (LTC);
- Living Needs Benefif – Beneficio in Vita (LNB).

### **B. RAMO DANNI**

- Infortuni
- Invalidità permanente da malattia
- Rimborso spese mediche
- Assistenza

Per le Assicurazioni Complementari valgono le seguenti norme comuni :

- operano unicamente se il Contraente ne fa richiesta al momento della sottoscrizione della proposta;
- entrano in vigore a partire dall'entrata in vigore dell'Assicurazione Principale;
- rimangono sospese nei propri effetti in caso di sospensione dell'Assicurazione Principale;
- vengono riattivate in caso di riattivazione dell'Assicurazione Principale, salvo diversa richiesta scritta del Contraente e salvo quanto previsto per le Assicurazioni Complementari IGP, LTC e CRILL per le quali è necessaria una valutazione delle condizioni dell'Assicurato/Contraente;
- in caso di sospensione delle sole Assicurazioni Complementari, queste non possono essere riattivate;
- in tutti i casi di estinzione delle Assicurazioni Complementari gli eventuali premi pagati relativi alle coperture stesse restano acquisiti dalla Compagnia;
- si estinguono in caso di estinzione dell'Assicurazione Principale, oltre che nei casi specificamente previsti per le singole Assicurazioni Complementari.

## **A. RAMO VITA**

### **• INVALIDITA' GRAVE E PERMANENTE (di seguito anche "IGP")**

#### **Prestazione assicurata**

La presente Assicurazione Complementare garantisce la liquidazione all'Assicurato designato in polizza (o al suo legale rappresentante) del capitale caso morte assicurato, a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi, fatto salvo quanto previsto al successivo art. 5, nel caso in cui l'Assicurato venga colpito, entro la scadenza contrattuale, da Invalidità Grave e Permanente.

Una volta riconosciuto lo stato di IGP il contratto cesserà di produrre effetto.

#### **De inizione di Invalidità Grave e Permanente**

Ai fini della presente Assicurazione Complementare, per IGP si intende una delle seguenti condizioni:

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

#### **Durata**

La presente Assicurazione Complementare ha la medesima durata dell'Assicurazione Principale.

#### **Premio**

Il premio della presente Assicurazione Complementare è determinato in base alla prestazione dell'Assicurazione Principale caso morte ed è dovuto per tutta la durata dell'Assicurazione Complementare.

Fino a quando l'IGP non è riconosciuta o non è stata definitivamente accertata, il Contraente è tenuto a proseguire il versamento dei premi.

Una volta riconosciuto lo stato di IGP il contratto cesserà di produrre i suoi effetti e la Compagnia restituirà gli eventuali premi pagati successivamente alla data di denuncia dell'IGP.

### **Estinzione**

La presente Assicurazione Complementare si estingue, oltre che in caso di estinzione dell'Assicurazione Principale, nei seguenti casi:

- al verificarsi della morte o dell'IGP dell'Assicurato nonché qualora venga riconosciuto il LNB totale.

### **• CRITICAL ILLNESS – Malattia Grave (di seguito anche “CRILL”)**

#### **Prestazione assicurata**

La presente Assicurazione Complementare garantisce la liquidazione del capitale assicurato indicato in polizza per la specifica copertura qualora l'Assicurato venga colpito, entro la scadenza contrattuale, da una delle malattie gravi di seguito definite.

#### **Definizioni di malattia grave**

Ai fini della presente Assicurazione Complementare, per Malattia Grave si intende esclusivamente una delle seguenti patologie che abbia comportato una invalidità dell'Assicurato superiore al 5%:

##### 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 della Compagnia.

##### c) Ictus cerebro-vascolare

L'ictus è definito come evento improvviso cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile del tessuto del cervello a causa di una emorragia cerebrale, embolia cerebrale, trombosi cerebrale o emorragia sub arachnoidea. E' necessario che la diagnosi sia confermata da un neurologo tramite esame clinico, dopo che siano trascorsi almeno tre mesi dalla data dell'insorgenza dell'evento, che attesti una compromissione significativa e permanente della funzione neurologica e dal quale si devono riscontrare chiari ed evidenti deficit neurologici sia di tipo motorio che sensoriale. La diagnosi deve essere anche corredata da una RMN (risonanza magnetica nucleare) o da una TAC (tomografia assiale computerizzata) o da un esame del liquido cerebrospinale, tali da confermare l'ictus recente.

### **Durata**

La presente Assicurazione Complementare ha la medesima durata dell'Assicurazione Principale.

### **Premio**

Il premio della presente Assicurazione Complementare è determinato in base:

- all'importo della prestazione assicurata;



- all'età assicurativa raggiunta dell'Assicurato;
- allo stato di salute dell'Assicurato;
- all'attività professionale e sportiva svolta dall'Assicurato.

Finché la Malattia Grave non sia stata definitivamente accertata, il Contraente è tenuto a proseguire il pagamento del premio pattuito per tutta la durata prevista.

Accertata la 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 Assicurazioni Complementari.

#### **Estinzione**

Con il pagamento del capitale assicurato per Malattia Grave, la presente Assicurazione Complementare 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 Assicurazioni Complementari.

Il Contraente è quindi tenuto a continuare a pagare i premi previsti dell'Assicurazione Principale e delle altre eventuali Assicurazioni Complementari.

Se alla data di scadenza della presente Assicurazione Complementare l'Assicurato non è stato colpito da una Malattia Grave, la presente Assicurazione Complementare si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

La presente Assicurazione Complementare si estingue, oltre che nei casi sopra indicati e in caso di estinzione dell'Assicurazione Principale:

- al verificarsi della morte o dell'IGP dell'Assicurato nonché qualora venga riconosciuto il LNB totale.

#### **Pagamento del capitale CRILL**

La Compagnia comunica, entro il termine massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione prevista se intende riconoscere o meno il sinistro Malattia Grave.

Qualora la Compagnia riconosca il diritto all'indennizzo della Malattia Grave verrà liquidato all'Assicurato il capitale assicurato previsto in proposta e polizza, come specificato di seguito:

- nei casi di ictus la liquidazione del sinistro può essere fatta dopo almeno tre mesi dalla data di insorgenza dell'evento;
- in tutti gli altri casi entro un termine massimo di 30 giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione richiesta comprese le eventuali integrazioni che si dovessero ritenere necessarie.

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.

#### **• LONG TERM CARE – Non autosufficienza (di seguito anche “LTC”)**

##### **Prestazione assicurata**

La presente Assicurazione Complementare 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 di seguito definito e fintanto che si trovi in tale stato.

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

##### **Definizione dello stato di non autosufficienza**

Ai fini della presente Assicurazione Complementare, si intende 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.

### **Durata**

La presente Assicurazione Complementare ha la medesima durata dell'Assicurazione Principale.

### **Premio**

Il premio della presente Assicurazione Complementare è determinato in base:

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

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 Non Autosufficienza, verrà restituito l'importo dei premi relativi alla presente Assicurazione Complementare, pagati e scaduti posteriormente al periodo di franchigia di 90 giorni dopo la denuncia della Non Autosufficienza e nessun premio successivo, relativo alla presente Assicurazione Complementare, sarà dovuto.

Il Contraente è tenuto a continuare a pagare i premi previsti dell'Assicurazione Principale e delle altre eventuali Assicurazioni Complementari.

### **Estinzione**

Con il pagamento della prestazione assicurata per Non Autosufficienza, la presente Assicurazione Complementare si estingue e nulla è più dovuto. La copertura non sarà più operativa mentre rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Assicurazioni Complementari.

Il Contraente è quindi tenuto a continuare a pagare i premi previsti dell'Assicurazione Principale e delle eventuali Assicurazioni Complementari.

Se alla data di scadenza della presente Assicurazione Complementare l'Assicurato non è stato colpito dalla Non Autosufficienza, la presente Assicurazione Complementare si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

La presente Assicurazione Complementare si estingue, oltre che nei casi sopra indicati e in caso di estinzione dell'Assicurazione Principale, al verificarsi della morte o dell'IGP dell'Assicurato nonché qualora venga riconosciuto il LNB totale.

### **Pagamento della prestazione LTC**

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

La Compagnia si impegna ad accertare la Non Autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia, accompagnata dalla documentazione prevista.

L'erogazione della rendita avrà inizio, se perdura la Non Autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di franchigia) a partire dalla data di denuncia. Qualora gli accertamenti necessitino di più di 90 giorni, all'atto dell'accertamento verranno erogate le eventuali rate di rendita arretrate e non erogate.

Una volta accertata e riconosciuta la 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.

Decorso 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 la Non Autosufficienza sia stata accertata, 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.

### **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.

### **• LIVING NEEDS BENEFIT - BENEFICIO IN VITA (di seguito anche "LNB")**

#### **Prestazione assicurata**

Nel caso in cui:

- all'Assicurato venga 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;
- l'Assicurato necessiti 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, a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi, fatto salvo quanto previsto al successivo art. 5, si impegna a liquidare l'importo che si ottiene:

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

Una volta eseguito il pagamento del Living Needs Benefit totale il contratto cesserà di produrre effetti automaticamente e la Compagnia restituirà gli eventuali premi pagati successivamente alla data di denuncia del LNB.

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.

Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato facciano richiesta parziale del capitale disponibile, il capitale assicurato dell'Assicurazione Principale e delle eventuali ulteriori Assicurazioni Complementari viene ridotto in proporzione.

#### **Durata**

La presente Assicurazione Complementare ha la medesima durata dell'Assicurazione Principale, diminuita di 12 mesi.

#### **Premio**

Per la presente Assicurazione Complementare non è richiesto il pagamento di alcun premio.

Fino a quando la malattia non venga riconosciuta come terminale o comunque lo stato di malattia terminale non sia stato definitivamente accertato, il Contraente è tenuto a proseguire il versamento dei premi dell'Assicurazione Principale e delle eventuali Assicurazioni Complementari per la durata prevista.

Una volta accertato lo stato di malattia terminale la Compagnia restituirà l'importo degli eventuali premi pagati scaduti successivamente alla data di denuncia della malattia stessa.

In caso di riconoscimento del LNB parziale, i premi eventualmente dovuti sull'Assicurazione Principale e sulle Assicurazioni Complementari successivamente al riconoscimento dello stato di malattia terminale sono calcolati in base al nuovo capitale assicurato dell'Assicurazione Principale e all'età e durata iniziali.

## B. RAMO DANNI

### • INFORTUNI

Le garanzie di seguito riportate sono operanti unicamente se richiamate in polizza, ove risulti indicata la somma assicurata e sia stato corrisposto il relativo premio.

#### **Prestazioni Assicurate**

Sono assicurate le conseguenze degli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in polizza e nello svolgimento di ogni altra attività senza carattere di professionalità, salvo quanto riportato all'art. 5 "Rischi esclusi" purché avvenute in forza di contratto e che lo stesso sia indennizzabile ai termini di polizza.

Sono considerati Infortuni anche:

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

Sono inoltre compresi gli Infortuni:

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

#### A) Invalidità Permanente da Infortunio

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

#### **Accertamento del grado**

Il grado di Invalidità Permanente è accertato sulla base delle percentuali stabilite nella tabella di valutazione medico-legale indicata in polizza. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione della funzionalità, le percentuali sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità è stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. Nei casi non specificati sopra, il grado di Invalidità si determina secondo la loro gravità comparata a quella dei casi elencati nella tabella di valutazione medico-legale. In caso di mancinismo, per le menomazioni degli arti superiori, le percentuali di Invalidità previste per il lato destro si applicano per il lato sinistro e viceversa.

#### **Determinazione dell'indennizzo**

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

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

#### **Rotture Tendinee sottocutanee**

A parziale deroga del punto 14 dell'art. 5 "Rischi esclusi" relativi all'Assicurazione Complementare Infortuni,

relativamente agli esiti di rottura sottocutanea di:

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

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

#### B) Morte da infortunio

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

#### **Morte presunta**

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

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

#### **Morte contestuale**

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

#### **Rimpatrio Salma**

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

#### C) Inabilità temporanea da infortunio (solo per lavoratori autonomi)

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

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

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

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

#### D) Diaria da Ricovero

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

come un giorno ai fini della liquidazione. Nulla viene liquidato in caso di Day Hospital.

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

#### E) Diaria da Gessatura

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

#### • **INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**

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

#### **Prestazione Assicurata**

È assicurata l'Invalidità Permanente conseguente a Malattia, manifestatasi successivamente alla data di effetto della polizza e non oltre la data della sua cessazione, secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono, purché non conseguente o complicità diretta o indiretta di stati patologici preesistenti, avvenuta in forza di contratto e che la stessa sia indennizzabile ai termini di polizza.

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

#### **Accertamento del grado di Invalidità Permanente da Malattia**

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

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

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

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

<b>Grado di invalidità accertata</b>	<b>Percentuale da liquidare</b>	<b>Grado di invalidità accertata</b>	<b>Percentuale da liquidare</b>
Da 1 al 22	0	45	40
23	2	46	42
24	2	47	44
25	3	48	46
26	4	49	48
27	6	50	50
28	8	51	53
29	10	52	56
30	12	53	59
31	14	54	62
32	16	55	65



33	18	56	68
34	20	57	71
35	22	58	74
36	24	59	77
37	26	60	80
38	28	61	83
39	29	62	86
40	30	63	89
41	32	64	92
42	34	65	95
43	36	Dal 66 al 100	100
44	38		

#### **Determinazione dell'Indennizzo**

L'Indennizzo si determina applicando il grado di Invalidità Permanente da Malattia accertato alla tabella di indennizzo indicata in polizza. La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla somma assicurata. Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente da Malattia è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato decede, anche per causa diversa da quella che ha determinato la Malattia, prima che la Compagnia abbia effettuato i propri accertamenti medici sui postumi permanenti dell'Invalidità (sempre che gli eredi dimostrino la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi) o dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, ma non sia stato ancora corrisposto il relativo importo, la Compagnia paga agli eredi dell'Assicurato l'importo determinato in base alla tabella di indennizzo indicata in polizza.

#### **• RIMBORSO SPESE MEDICHE**

##### **Prestazioni Assicurate**

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

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

##### **- Prestazioni ospedaliere -**

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

1. Ricovero con/senza intervento chirurgico;
2. Day Hospital con intervento chirurgico;
3. Day Hospital senza intervento chirurgico;
4. Intervento chirurgico ambulatoriale;
5. Parto cesareo e aborto terapeutico;
6. Parto fisiologico;
7. Intervento chirurgico odontoiatrico (osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radicolari, adamantinoma e odontoma);
8. Correzione difetti visivi;
9. Interventi plafonati solo se effettuati in regime Fuori Network/Indiretta.

B. Indennità sostitutiva

C. Accompagnatore

D. Trasporto dell'Assicurato

E. Rimpatrio Salma

F. Neonato

G. Ticket SSN sulle prestazioni coperte (ospedaliere)

##### **- Prestazioni extraospedaliere -**

H. Alta Diagnostica - cure e diagnostica di alta specializzazione (per i dettagli si veda l'Allegato 1)

I. Cure domiciliari ed ambulatoriali

- J. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi resi necessari da infortunio
- K. Cure odontoiatriche da infortunio
- L. Lenti / occhiali
- M. Ticket SSN sulle prestazioni coperte (extraospedaliere)

Si precisa che nel caso in cui l'Assistito presenti una richiesta di rimborso o si avvalga di strutture convenzionate richiedendo l'autorizzazione all'indennizzo diretto, il rimborso o l'autorizzazione diretta delle prestazioni sanitarie non sono riconosciute dalla Compagnia fino ad incasso avvenuto del premio o delle rate di premio non pagate.

Per le spese sostenute durante il Ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, e per le prestazioni extra-ricovero, l'Assicurato potrà, secondo quanto di seguito indicato, avvalersi di:

• Istituti di cura e medici convenzionati

In tal caso la Compagnia paga direttamente all'Istituto di cura le spese indennizzabili a termini di contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dalla convenzione che rimangono a carico dell'Assicurato, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta. Per le prestazioni extra-ricovero è necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguirle in forma diretta contattando telefonicamente la Centrale Operativa di Previmedical. E' necessario che l'Assicurato si metta in contatto preventivamente con la Centrale Operativa.

Si precisa che l'Assicurato ha la possibilità di usufruire di tariffe agevolate presso il Network convenzionato per Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici/Analisi di laboratorio e cure odontoiatriche. Per usufruire delle tariffe agevolate l'Assicurato, all'atto della prenotazione e fatturazione, dovrà presentare il Voucher di riconoscimento.

• Istituti di cura convenzionati e di medici non convenzionati

In tal caso la Compagnia non provvede al pagamento in forma diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza per il regime indiretto, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta.

• Istituti di cura e medici non convenzionati

In tal caso la Compagnia non provvede al pagamento in forma diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando eventuali scoperti e/o franchigie previsti in polizza per il regime indiretto, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta.

• Servizio Sanitario Nazionale

In tal caso la Compagnia provvederà a rimborsare integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute dall'Assicurato (ticket), purché indennizzabili a termini di polizza, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

Per le spese sostenute prima e dopo il ricovero o Day Hospital con o senza intervento, l'intervento chirurgico ambulatoriale, è prevista la forma diretta qualora l'Assicurato ne faccia richiesta alla Struttura Operativa come indicato all'art. 6.

• **ASSISTENZA**

Assicurazione Complementare valida solo se espressamente richiamata in polizza e sottoscrivibile unicamente in caso di scelta di almeno una tra le Assicurazioni Complementari infortuni e malattia o rimborso spese mediche

**Prestazioni Assicurate**

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

Per usufruire delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa che se ne occupa come indicato al successivo Art. 6.

- Collaboratore familiare
- Consegna esiti a domicilio
- Consegna medicinali

- Consegna spesa a domicilio
- Consulenza medica di alta specializzazione
- Consulenza medica telefonica
- Guardia Medica Permanente ed Assistenza Domiciliare di Urgenza
- Invio di un fisioterapista
- Invio di un infermiere a domicilio
- Invio di un medico generico a domicilio
- Rimpatrio Salma
- Second Opinion - Secondo Parere Medico
- Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario
- Tutoring

### **Art. 3 - Opzioni**

#### **• Opzione Flash Benefit**

In caso di morte dell'Assicurato, il Beneficiario ha la facoltà di esercitare l'opzione "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 entro 2 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione prevista il 25% del capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato, con un massimo di 20.000 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 comunque di 20.000 euro (equamente suddiviso tra i diversi contratti).

Il pagamento sarà effettuato tramite assegno o bonifico.

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

Qualora, in corso di istruttoria del sinistro, dovesse emergere l'applicabilità di esclusioni o limitazioni, la Compagnia si riserva la facoltà di recuperare l'importo erogato a titolo di anticipazione.

## COSA NON E' ASSICURATO? CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

### Art. 4 - Persone non assicurabili (limiti di età)

#### A. RAMO VITA

##### • Assicurazione Principale

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

L'Assicurato deve essere una persona fisica con un'età assicurativa compresa tra i 18 i 74 anni.

L'età massima dell'Assicurato alla scadenza è di 75 anni.

##### • CRILL - 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.

##### • LTC - 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.

#### B. RAMO DANNI

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

##### • INFORTUNI

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

	Garanzia	Età minima all'ingresso	Età massima a scadenza
	<b>Copertura Infortuni e Malattia</b>		
INF	Morte da Infortunio	18	70
	Invalità Permanente da Infortunio	18	70
	Invalità Permanente da Malattia	18	65
	Inabilità Temporanea da Infortunio	18	65
	Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio	18	70
	Diaria da Gesso	18	70
	<b>Garanzia Assistenza</b>		
ASS	Assistenza	18	(*)

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

##### • INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

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

Età all'ingresso 18 anni.

## • RIMBORSO SPESE MEDICHE

L'assicurazione può essere stipulata a favore di persone fisiche, residenti in Italia e Stato del Vaticano, appartenenti al medesimo nucleo familiare, che abbiano:

- età minima all'ingresso: 0 anni;
- età massima all'ingresso: 74 anni;
- età massima a scadenza: 75 anni.

L'età dell'Assicurato sarà calcolata basandosi sull'età raggiunta all'inizio dell'anno di copertura (al momento della sottoscrizione).

L'Assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio successiva al compimento del 75esimo anno di età.

Si precisa che tutti i soggetti facenti parte del nucleo familiare, inclusi i soggetti minorenni, possono essere assicurati anche singolarmente.

È prevista la compilazione di un Questionario Sanitario per ciascuna persona assicurata. Per i minori provvederà un genitore.

La mancata sottoscrizione del Questionario Sanitario, che forma parte integrante del contratto, rende inoperante la polizza nei confronti dell'Assicurato che ha omesso la relativa sottoscrizione.

## Art. 5 – Esclusioni e Limitazioni

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione e sport dell'Assicurato.

L'assicurazione vale per qualunque causa di decesso, con le seguenti esclusioni e limitazioni.

### • ESCLUSIONI

#### - Assicurazione Principale -

È escluso dall'assicurazione il decesso causato 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 all'art. 20.

#### - Assicurazioni Complementari -

### A. RAMO VITA

- IGP: oltre alle esclusioni previste dall'Assicurazione Principale, è escluso dall'assicurazione l'IGP che derivi da dolo dell'Assicurato;
- LNB: si applicano le esclusioni previste dall'Assicurazione Principale;
- CRILL: oltre alle esclusioni previste per l'Assicurazione Principale, sono escluse/i dalla copertura prevista dall'Assicurazione Complementare CRILL:

a) tutte le diagnosi che non rientrano nella definizione di infarto miocardico 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) tutte le diagnosi che non rientrano nella definizione di cancro, 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.

c) tutte le diagnosi che non rientrano nella definizione di ictus cerebrovascolare come ad esempio l'attacco ischemico transitorio (TIA) e le emorragie sub aracnoidee traumatiche (ESA).

d) tutti i sinistri derivanti da eventi post-traumatici;

e) le Malattie Gravi insorte in precedenza della stipula del contratto;

f) la morte dell'Assicurato se avvenuta entro 30 giorni dalla prima diagnosi della Malattia Grave;

g) l'abuso di alcool, nonché l'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e, sostanze psicotrope e simili;

h) 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);

i) malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di effetto delle garanzie sottaciute alla Compagnia con dolo o colpa grave.

• LTC: il rischio di Non Autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ad eccezione, oltre alle esclusioni previste per l'Assicurazione Principale, dei seguenti casi:

a) Dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario;

b) Patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, etc.);

c) Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi o colposi;

d) Atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;

e) Atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;

f) 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;

g) Malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;

h) Rifiuto di seguire le prescrizioni mediche;

i) 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;

l) 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;

m) Sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;

n) 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;

o) Partecipazione dell'Assicurato a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;

p) 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 inoltre 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.

## **B. RAMO DANNI**

### **• INFORTUNI**

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

Sono esclusi dall'assicurazione gli Infortuni conseguenti:

- 1) alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti;
- 2) all'uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma; a corse, gare e relative prove ed allenamenti di manifestazioni sportive di rilievo internazionale. L'esclusione non si applica in caso di corse podistiche e regate veliche svolte nelle acque interne europee e nel bacino del Mediterraneo;
- 3) alla pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
- 4) alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore. L'esclusione non si applica per gli Infortuni subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che l'Assicurato stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'Infortunio; l'assicurazione si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'Infortunio stesso;
- 5) a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio, ad eccezione dei medici e/o infermieri in servizio di emergenza e/o pronto soccorso;
- 6) all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, downhill bike, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate;
- 7) alla guida di veicoli e natanti a motore, quando il livello di alcolemia dell'Assicurato supera i limiti previsti dalla Legge;
- 8) all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- 9) a delitti dolosi dell'Assicurato e/o dei beneficiari, ad atti di autolesionismo e al suicidio;
- 10) alla partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, rivoluzioni, atti di terrorismo;
- 11) a inondazioni, alluvioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, insurrezioni, fatti di guerra;
- 12) a stato di guerra, quando l'Assicurato si trovi già all'estero e gli Infortuni si siano verificati dopo 14 giorni dallo scoppio degli eventi bellici e in tutti i casi in cui l'Assicurato si rechi volontariamente in Paesi interessati da operazioni belliche;
- 13) a dirette o indirette trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.). A contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico;
- 14) ad infarti ed ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini (salvo quanto previsto all'art. 1 per le rotture tendinee sottocutanee).

#### • INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

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

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

- 1) Malattie mentali, malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;
- 2) A.I.D.S.; sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), HIV o patologie HIV-correlate;
- 3) intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- 4) malattie tropicali, malaria e punture di zecca;
- 5) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- 6) trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 7) contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico;
- 8) malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della polizza;
- 9) esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche),

pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, downhill bike, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate.

#### • **RIMBORSO SPESE MEDICHE**

L'assicurazione non è operante per:

1) le conseguenze, complicità dirette o indirette di malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Sanitario (se non comprese mediante specifico atto contrattuale), nonché quelle sottaciute alla Compagnia all'atto della sottoscrizione però già conosciute e/o diagnosticate.

Qualora la copertura sia garantita senza soluzione di continuità, in caso di sottoscrizione con questionario sanitario per la precedente copertura sanitaria, resta comunque valido il questionario sanitario già compilato e sottoscritto dagli Assicurati (che formerà parte integrante della polizza), nonché le esclusioni specifiche da esso scaturite ed applicate dalla Compagnia.

Restano comunque escluse le patologie preesistenti conosciute e diagnosticate alla data della prima sottoscrizione, anche se non dichiarate nel questionario sanitario sopra indicato.

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

- 2) le conseguenze dirette ed indirette di infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura;
- 3) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 4) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
- 5) le spese relative a prestazioni di logopedia e trattamenti fisioterapici (salvo se previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);
- 6) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- 7) le prestazioni non effettuate e fatturate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
- 8) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale;
- 9) le prestazioni determinate da sieropositività diagnosticata, da sindrome da immunodeficienza acquisita H.I.V. e sindromi ad esse correlate;
- 10) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 11) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- 12) gli infortuni causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 13) le prestazioni necessarie a seguito di lesioni autoinflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- 14) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 15) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
- 16) gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- 17) le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
- 18) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
- 19) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;



20) i trattamenti/interventi di chirurgia plastica ed estetica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati a scopo ricostruttivo:

- anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
- a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
- a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per neoplasia maligna;

21) i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;

22) l'interruzione volontaria della gravidanza;

23) le cure e gli accertamenti odontoiatrici, le protesi dentarie e le cure ortodontiche rese necessarie da malattia salvo quanto previsto all'Allegato 7;

24) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni congenite o difetti fisici preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo malformazioni congenite e difetti fisici relativi ai bambini di età inferiore ai 3 anni;

25) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;

26) la correzione dei vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) se non prevista dall'Opzione Assicurativa prescelta;

27) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);

28) protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di ricovero e Day Hospital con intervento chirurgico;

29) trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio;

30) lenti ed occhiali (se non previste dall'Opzione Assicurativa prescelta);

31) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri).

## CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

### • LIMITAZIONI

Il presente contratto prevede le seguenti limitazioni:

#### - Assicurazione Principale -

##### - Carenza in assenza del test HIV

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 in regola con il pagamento dei premi, corrisponderà il solo importo dei premi versati al netto dei costi indicati all'art. 20.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di una o più precedenti polizze, espressamente richiamate nel testo della nuova polizza, il periodo di carenza si calcola a partire dalla data di perfezionamento della prima polizza sostituita.

##### - Assenza di visite mediche.

Non sono previsti periodi di carenza relativi alla verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato.

Resta intesa che vale in ogni caso quanto previsto all'art. 10 relativo alle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato rese in fase di assunzione.

Resta inoltre salva la possibilità di rettifica della prestazione assicurata in base all'età vera dell'Assicurato, qualora quella denunciata risulti errata.

#### - Assicurazioni Complementari -

##### A. RAMO VITA

- IGP: si applicano le limitazioni previste dall'Assicurazione Principale;
- LNB: si applicano le esclusioni previste dall'Assicurazione Principale;

- **CRILL**

Nel caso in cui i limiti di età e di capitale assicurato sia prevista unicamente 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 presente Assicurazione Complementare 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 Malattia Grave" coperte.

In caso di insorgenza di una Malattia Grave durante il periodo di carenza, sempre che il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà al Contraente i premi versati per la presente Assicurazione Complementare, al netto dei costi indicati nella sezione "Quali costi devo sostenere?" del DIP Aggiuntivo Multirischi e la presente garanzia non sarà più operativa, mentre rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Assicurazioni Complementari.

- **LTC**

La garanzia in caso di Non Autosufficienza prevista dalla presente Assicurazione Complementare 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 Assicurazione Complementare al netto dei costi indicati nella sezione "Quali costi devo sostenere?" del DIP Aggiuntivo Multirischi e la garanzia non sarà più operativa, mentre rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Assicurazioni Complementari. la presente copertura è sottoposta ad un periodo di franchigia di 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di Non Autosufficienza.

## **B. RAMO DANNI**

- **INFORTUNI**

Per la copertura infortuni non sono previsti termini di aspettativa e periodi di carenza.

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

- **MALATTIA**

Decorrenza della garanzia - termini di carenza

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

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

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

- **RIMBORSO SPESE MEDICHE**

Le coperture assicurative (che variano in base all'opzione assicurativa scelta) sono sottoposte ai i seguenti periodi di carenza dal momento in cui decorre l'assicurazione:

- 30 giorni in caso di malattia;
- 300 giorni in caso di parto;
- 180 giorni in caso di conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipula;

- 30 giorni in caso di malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico la garanzia è operante, soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Si precisa che qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la medesima Compagnia e riguardante gli stessi Assicurati, i periodi di carenza di cui sopra operano nuovamente dal giorno di decorrenza della copertura limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni previste.

Si precisa infine che l'assicurazione vale in tutto il mondo.

**Art. 6 - Denuncia del sinistro e documentazione da presentare**

**A. RAMO VITA**

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:

In caso di morte dell'Assicurato:

- certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
  - codice fiscale e 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, atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) sul quale viene indicato se il Contraente stesso ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire; per capitale liquidabile non superiore a 50.000,00 euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.
- In caso di esistenza di testamento, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e l'atto di notorietà devono 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;
  - questionario di adeguata verifica della clientela;
  - modulo di attestazione di residenza fiscale (FATCA/CRS).

In caso di Invalidità Grave e Permanente (IGP):

- dichiarazione del medico curante attestante lo stato di salute dell'Assicurato;
- documentazione sanitaria relativa all'evento;
- certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità valido dell'Assicurato e del Contraente;
- questionario di adeguata verifica della clientela;
- modulo di attestazione di residenza fiscale (FATCA/CRS).

In caso di Malattia Grave (CRILL):

- denuncia di sinistro alla Compagnia entro 180 giorni dalla data in cui sia stata diagnosticata la Malattia Grave, a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi all'evento, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, compilata sull'apposito modulo firmato dal medico curante;
- la dichiarazione del medico specialista attestante lo stato di salute dell'Assicurato;
- la documentazione sanitaria relativa all'evento;
- certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità valido dell'Assicurato.

In caso di Non Autosufficienza (LTC):

- denuncia mediante lettera raccomandata alla Compagnia;
- 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);
- copia di un documento d'identità valido dell'Assicurato

La Compagnia richiede inoltre, 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.

In caso di Living Needs Benefit (LNB):

- modulo di "Denuncia Sinistro Living Needs Benefit - Beneficio in Vita" (fornito dalla Compagnia su richiesta dei soggetti sopra indicati)
- dichiarazione del medico curante attestante lo stato di salute dell'Assicurato;
- documentazione sanitaria relativa all'evento
- certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità valido dell'Assicurato e del Contraente;
- questionario di adeguata verifica della clientela;
- modulo di attestazione di residenza fiscale (FATCA/CRS).

Inoltre, nel caso i Beneficiari al pagamento delle prestazioni risultino minorenni o incapaci, è necessario fornire il 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 delle richieste 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.

Oltre a quanto sopra il Contraente, il Beneficiario, l'Assicurato o il suo legale rappresentante, a richiesta della Compagnia, sotto pena di decadenza dai diritti derivanti dalla presente assicurazione, hanno inoltre l'obbligo di:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Compagnia per l'accertamento dello stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP), di Malattia Grave (CRILL), di Malattia Terminale (LNB);
- consentire che la Compagnia accerti con medici di sua fiducia e a sue spese lo stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP), Non Autosufficienza (LTC) e/o Malattia Terminale (LNB) dell'Assicurato;
- fornire ogni ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario che la Compagnia ritenesse opportuno richiedere 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.

## **B. RAMO DANNI**

### **• INFORTUNI e/o INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**

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

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

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

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

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

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

Qualora l'Infortunio comporti il decesso dell'Assicurato, o qualora questo sopravvenga durante il periodo di cura, deve

esserne data immediata comunicazione per iscritto alla Compagnia o alla Struttura Operativa provvedendo altresì alla presentazione, della copia della cartella clinica completa, certificato di morte, il verbale delle autorità giudiziarie. La Compagnia si riserva di richiedere all'Assicurato, i suoi familiari o agli aventi diritto ulteriore documentazione qualora lo ritenesse necessario per la definizione del sinistro.

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

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

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

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

• **RIMBORSO SPESE MEDICHE**

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

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

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

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

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

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

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

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

• Modalità operative nel caso ci si avvalga di istituti di cura convenzionati (assistenza diretta)

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

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

o mandare un'e-mail all'indirizzo dedicato: [assistenza.pramerica@previmedical.it](mailto:assistenza.pramerica@previmedical.it)

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

A. In caso di Ricovero o Day Hospital con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale,

l'Assicurato dovrà farsi rilasciare un certificato medico con l'indicazione di:

- nome e cognome dell'Assicurato;
- la diagnosi;
- per i ricoveri o Day Hospital;
- se con intervento, dovrà essere indicato l'intervento chirurgico;
- se senza intervento, il certificato dovrà contenere l'iter diagnostico e terapeutico;
- per i soli interventi chirurgici ambulatoriali di asportazione il certificato medico dovrà contenere anche il tipo della lesione, la sede e le dimensioni;
- il regime in cui si eseguirà la prestazione (Day Hospital, Ricovero, Intervento Ambulatoriale etc.);
- se richiesto, altra documentazione medica/esiti di esami strumentali utili alla valutazione.

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

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

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

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

La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assicurati:

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

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

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

• Modalità operative per le richieste di rimborso (assistenza indiretta)

Qualora l'Assicurato non attivi l'assistenza diretta optando per l'assistenza indiretta, la documentazione deve essere inoltrata inviando una pratica per ogni Assicurato e per singola patologia con:

- modulo di richiesta rimborso compilato e firmato in ogni sua parte;
- le copie delle notule di spesa;
- le relative prescrizioni mediche con patologia sospetta o accertata;
- ogni altra documentazione, come da prestazione e garanzia specifica nelle modalità indicate di seguito:
- in forma cartacea unitamente al modulo e ai relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

**Ufficio Liquidazioni Pramerica**

**c/o Previmedical S.p.A.**

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

- on-line allegando la documentazione indicata al paragrafo precedente attraverso l'area riservata utilizzando le

proprie credenziali di accesso collegandosi al sito web <http://www.pramericagroup.it> e seguendo la procedura che le è stata consegnata alla stipula della polizza.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale. La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

#### • ASSICURAZIONE ASSISTENZA

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

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

#### **Art. 7 - Prescrizione**

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

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

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

#### **Art. 8. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato**

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

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 e 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, del capitale assicurato 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 rese dal Contraente e/o dall'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.

Si precisa che 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.

#### **Attività diverse da quella dichiarata (solo per RAMO DANNI)**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Art. 9 - Pagamenti della Compagnia**

##### **A. RAMO VITA**

Verificatosi l'obbligo di pagamento delle prestazioni, la Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta, comprensiva di quella eventualmente necessaria all'individuazione, identificazione e verifica dei dati del Beneficiario, nonché delle eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.

Decorso tale termine il Beneficiario può richiedere gli interessi moratori a partire dal termine stesso.

Ogni pagamento viene effettuato con assegno o bonifico.

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.

## B. RAMO DANNI

### • INFORTUNI

Criteri di indennizzabilità per la garanzia Infortuni

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

Il grado di Invalidità Permanente verrà accertato sulla base della tabella di valutazione medico-legale Inail, indicata in polizza così come riportato nell'Allegato 2.

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

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

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

### • INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Criteri di indennizzabilità per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia

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

### Pagamento dell'indennizzo

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

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

### • RIMBORSO SPESE MEDICHE

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

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

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

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della Centrale Operativa, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Compagnia sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza al ricevimento della documentazione completa.

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

Qualora da controlli amministrativi successivi, risultasse che la Copertura Sanitaria non sia attiva per l'annualità in corso, oppure risultasse la mancanza della regolarità amministrativa della polizza o della singola posizione,

l'Assicurato dovrà saldare personalmente alla Struttura Sanitaria le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate in regime di Assistenza Diretta.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (assistenza indiretta)

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

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

Per le spese sostenute prima e dopo il ricovero, il rimborso delle spese sanitarie viene effettuato secondo quanto previsto al precedente punto 1 se in regime diretto o secondo quanto previsto al precedente punto 2/3 se in regime indiretto.

### Art. 10 - Premio (limiti e mezzi di pagamento)

Il pagamento del premio di sottoscrizione e delle rate di premio successive deve essere effettuato alle scadenze pattuite mediante addebito diretto SEPA sul proprio conto corrente bancario/postale presso lo sportello bancario o la filiale che ha collocato il contratto assicurativo.

Nel caso di eventuali variazioni del conto corrente di appoggio, il Contraente deve comunicare alla Compagnia le nuove coordinate bancarie sulle quali effettuare l'addebito dei premi assicurativi.

È previsto un premio annuo minimo di 150,00 euro, relativamente alla copertura TCM (Temporanea Caso Morte). Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali e semestrali. In tal caso, la rata minima non può essere inferiore a 100,00 euro, indipendentemente dal frazionamento.

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

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

### A. RAMO VITA

Il Contraente deve pagare il premio annuo anticipato per tutta la durata del contratto.

L'importo del premio si determina annualmente in base:

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

Al momento della sottoscrizione del contratto, il Contraente sceglie se, per le sole coperture ramo vita, alla ricorrenza annuale dell'assicurazione, vuole:

- a) mantenere inalterate le prestazioni assicurate ricalcolando il premio annuo in base all'età assicurativa raggiunta;
- b) mantenere inalterato il premio annuo calcolato alla decorrenza, fatto salvo quanto di seguito al punto "Modifica delle condizioni tariffarie", ricalcolando le prestazioni assicurate in base all'età assicurativa raggiunta.

L'opzione scelta è modificabile da parte del Contraente con frequenza triennale con richiesta che deve essere inviata dal Contraente almeno 90 giorni prima della ricorrenza triennale in cui l'opzione può essere esercitata.

Il premio annuo anticipato è dovuto dal Contraente per tutta la durata del contratto ma non oltre la morte, l'Invalidità Grave e Permanente o il riconoscimento del Living Needs Benefit totale dell'Assicurato (se richiamate in proposta). È ammessa una dilazione di 30 giorni, senza oneri ed interessi, durante i quali la copertura assicurativa rimane in vigore.

Tuttavia 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.

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

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.

Nel caso venga applicato un sovrappremio, l'importo complessivo del premio totale annuo relativo all'ammontare del capitale assicurato sarà comunicato al Contraente dalla Compagnia e il Contraente potrà:

- a) non accettare di 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) con la conseguenza che il capitale assicurato iniziale sarà ricalcolato e ridotto in base alla differenza tra il nuovo premio e il premio indicato in proposta.
- b) accettare di 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), mantenendo la copertura assicurativa per il capitale iniziale indicato in proposta.

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

#### **B. RAMO DANNI**

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

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

Ove prestata tale garanzia, ad ogni rinnovo annuale il premio potrà essere soggetto ad adeguamenti.

#### **Modifica delle condizioni tariffarie (RAMO VITA)**

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, impegnandosi 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 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 verrà ridotta, applicando all'ultimo premio corrisposto il tasso di premio aggiornato riferito all'età assicurativa raggiunta alla riscossione annua.

### Art. 11 – Conclusione del contratto e decorrenza della copertura

Il contratto è concluso quando la Compagnia rilascia al Contraente il documento di polizza o lo stesso riceve per iscritto la comunicazione di accettazione della proposta dalla Compagnia.

Si precisa che il presente contratto prevede la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato. A determinate condizioni (capitale assicurato, età dell'Assicurato), è prevista la possibilità di limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico.

L'emissione del documento di polizza avviene a condizione che:

- la proposta di assicurazione e i documenti allegati siano compilati e sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato (se diverso) in ogni loro parte;
- la prima rata di premio sia stata pagata e l'incasso sia andato a buon fine;
- l'Assicurato abbia correttamente compilato il questionario sanitario e/o effettuato tutti gli accertamenti sanitari eventualmente richiesti dalla Compagnia;
- la Compagnia, ricevuta tutta la documentazione, abbia completato la valutazione della stessa e delle dichiarazioni e/o delle analisi sanitarie dell'Assicurando, comunicando al Contraente, in caso di esito positivo della fase istruttoria, l'importo del premio dovuto comprensivo di eventuali sovrappremi.

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 di decorrenza indicata in proposta;
- alle ore 24 del giorno in cui è effettuato il pagamento, se successivo alla data di decorrenza indicata 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.

### Art. 12 – Durata

Il presente contratto prevede una durata minima di 1 anno e una durata massima di 20 anni.

Per le sole Assicurazioni Complementari Danni, la durata è annuale con tacito rinnovo.

#### - Tacito rinnovo

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

#### - Recesso in caso di sinistro

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

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

**Art. 13 - 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 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, se sostenute dalla Compagnia.

**Art. 14 - 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 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, se sostenute da la 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. 15 – Risoluzione**

**A. RAMO VITA**

Il contratto si estingue:

- con l'esercizio del diritto di recesso;
- in caso di liquidazione della prestazione prevista per morte,IGP o LNB totale dell'Assicurato entro la durata contrattuale;
- qualora NON si verifichi la morte o l'IGP o NON venga riconosciuto il LNB totale entro la durata contrattuale;
- in caso di mancata corresponsione del premio relativo alla prima annualità, che comporta la risoluzione del contratto trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non versata (le rate non pagate restano acquisite dalla Compagnia);
- altre ipotesi specificamente previste per le Assicurazioni Complementari.

In caso di estinzione i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

Il contratto estinto non può essere riattivato.

**B. RAMO DANNI**

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 8 "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato" e 4 "Persone non assicurabili e limiti di età", spetta alla Compagnia, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

**Art. 16 – Riscatto**

Il presente contratto non prevede la possibilità di riscattare anticipatamente.

**Art. 17 – Riduzione**

Il presente contratto non prevede la possibilità di riduzione della prestazione assicurata.

**Art. 18 - Mancato pagamento del premio: sospensione e risoluzione**

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. 19.

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.

**Art. 19 – Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione**

Il Contraente ha diritto di riattivare il contratto entro i seguenti termini:

- Assicurazione Principale -

Entro 3 mesi dalla data di scadenza della rata di premio non pagata senza che venga fatta alcuna valutazione da parte della Compagnia; oltre tale periodo, entro un ulteriore termine di 3 mesi ma solo previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può richiedere all'Assicurato degli accertamenti sanitari e/o altra documentazione (a carico del Cliente stesso) e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.

- Assicurazione Principale + LTC -

Entro 3 mesi dalla data di scadenza della rata di premio non pagata senza che venga fatta alcuna valutazione da parte della Compagnia; oltre tale periodo, entro un ulteriore termine di 3 mesi ma solo previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può richiedere all'Assicurato degli accertamenti sanitari e/o altra documentazione (a carico del Cliente stesso) e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.

- Assicurazione Principale + CRILL, oppure Assicurazione Principale + CRILL + LTC -

Entro 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/o altra documentazione (a carico del Cliente stesso) e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.

L'eventuale presenza di LNB e IFGP non determina alcuna variazione rispetto a quanto sopra descritto.

Nel caso in cui la Compagnia autorizzi la riattivazione, la stessa viene concessa dietro 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 del contratto, effettuata entro i termini di cui sopra, 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.

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.



## QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

### Art. 20 – Costi

- Costi gravanti sul premio

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

A tal fine la Compagnia preleva un importo del premio determinato nella misura del 50% del premio netto, oltre ad un importo fisso per ogni importo pagato come di seguito indicato:

	Importo Fisso Premio Annuo	Importo Fisso Premio Semestrale	Importo Fisso Premio Trimestrale	Importo Fisso Premio Mensile
Assicurazione Principale + 1 Assicurazione Complementare	€ 20,00	€ 10,00	€ 6,00	€ 2,00
Assicurazione Principale + 2 Assicurazioni Complementari	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00

- Costi per visita medica

Per i contratti che prevedono la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica (per età dell'Assicurato e capitale assicurato), il costo della visita medica è a carico della Compagnia.

Nel caso in cui questa venga effettuata in uno dei Centri Medici Convenzionati, il pagamento avverrà direttamente da parte di Pramerica; nel caso di visite mediche effettuate in un Centro Medico non convenzionato (previa autorizzazione di Pramerica), il costo della stessa dovrà essere anticipato dal Contraente (o dall'Assicurato se persona diversa) e, successivamente all'emissione della polizza, verrà rimborsato per un importo massimo pari a:

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

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

- Costi per recesso

In caso di recesso, la Compagnia tratterrà una somma pari a 50 € per le spese sostenute per l'emissione del contratto.

### **Art. 21 - 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 riscatto, prestito, pegno o vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Si precisa che, salvo diverse indicazioni del Contraente all'interno della proposta, in caso di designazione di più Beneficiari, la prestazione assicurata sarà liquidata agli stessi in parti uguali.

### **Art. 22 - 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. 23 - 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. 24 - Tasse ed imposte**

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

Relativamente alle Assicurazioni Complementari Ramo Danni, il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n. 1216 e successive modificazioni ed integrazioni. La polizza è pertanto assoggettata a imposte pari al 2,5% del premio. Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

### **Art. 25 – Controversie e Foro competente**

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

La richiesta di Collegio Medico arbitrale è effettuata con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, entro 30 giorni dalla comunicazione del rifiuto all'indennizzo o entro 60 giorni dalla comunicazione del mancato riconoscimento del sinistro IFGP da parte della Compagnia o dalla comunicazione relativa all'invalidità totale e permanente.

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

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

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

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

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

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

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

#### **Art. 26 - Assicurazione presso diversi assicuratori**

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

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

#### **Art. 27 - Rinuncia al diritto di rivalsa**

Relativamente alle sole Assicurazioni Complementari Ramo Danni, la Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

#### **Art. 28 - Assicurazione per conto altrui**

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

#### **Art. 29 - Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana. Per tutto ciò che non è specificamente disciplinato valgono, in quanto applicabili, le norme di legge in materia.

#### **Art. 30 - 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.

## **ALLEGATO 1 - Classi di rischio delle attività professionali**

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

### **CLASSE 1**

#### **Descrizione Attività Professionale**

Abbattitori di piante  
Addetti a centri elaborazione dati  
Addetti alla produzione di formaggi e prodotti caseari  
Addetti in imprese di pulizia con o senza uso di impalcature esterne  
Agenzia di recapito (fattorini)  
Agricoltori che lavorano manualmente  
Allevatori di bestiame o di altri animali che prestano opera manuale  
Antennisti (installatori di antenne radio-TV)  
Argentieri/doratori  
Bidelli  
Carabinieri, guardie di finanza, guardie doganali, guardie portuali, pubblica sicurezza  
Collaudatori di veicoli e natanti a motore  
Concessionari auto-motoveicoli (addetti di)  
Corniciai  
Custodi/portieri di stabili, alberghi, musei e simili  
Esercito, marina militare ed aviazione  
Fantini  
Ferramenta, colori e vernici, accessori per autoveicoli  
Giocattoli, articoli sportivi (addetti alla produzione di)  
Gommisti/vulcanizzatori  
Guardiacaccia, guardiapesca, guardie campestri, guardie forestali  
Guardie notturne, giurate, guardie armate, portavalori, investigatori privati, guardie del corpo Imprenditori edili che possono prendere parte ai lavori  
Incisori/coniatori Infermieri diplomati  
Insegnanti di educazione fisica, sci, basket, tennis, scherma, ballo, atletica leggera Insegnanti di nuoto e bagnini  
Istruttori di pratica (guida) di scuola guida  
Materassai  
Mobiliari: fabbricazione mobili in ferro  
Palombari/sommozzatori  
Saldatori  
Speleologi  
Veterinari  
Vetrai  
Vigili del fuoco  
Vigili urbani

### **CLASSE 2**

#### **Descrizione Attività Professionale**

Abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti (addetti alla confezione o commessi presso)  
Addetti in lavanderia, pulisecco, tintorie e stirerie  
Agenti di cambio o di borsa, agenti immobiliari  
Agenti di commercio

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

#### Impiegati tecnici

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

### **CLASSE 3**

#### **Descrizione Attività Professionale**

Agenti/ispettori di assicurazione  
 Albergatori con o senza prestazioni manuali  
 Architetti con accesso cantieri senza lavoro manuale  
 Articoli ed apparecchi fotografici e di ottica, dischi e musica, strumenti musicali (addetti alla produzione di)  
 Articoli igienico-sanitari con installazione (addetti alla produzione di)  
 Autisti ambulanza  
 Autisti di autobus pubblici e da turismo o di autocarri e motocarri senza carico e scarico  
 Autoriparatori (carrozzeri o meccanici)  
 Barbieri, parrucchieri da donna  
 Benestanti senza particolari occupazioni  
 Carpentieri in legno o ferro  
 Cartolerie, librerie, edicole (commessi ed addetti di)

Cave a giorno: proprietari o addetti che lavorano manualmente  
 Clero (appartenenti al)  
 Conciai  
 Dirigenti occupati anche all'esterno con accesso a cantieri, ponti, impalcature ecc.  
 Distributori automatici di carburante (gestori di) senza operazioni di manutenzione, lavaggio e simili  
 Domestici  
 Elettrauto  
 Elettricisti che lavorano anche o solo all' esterno di edifici ed a contatto anche con correnti ad alta tensione  
 Elettrodomestici, radio-TV, mobili, articoli igienico-sanitari: con o senza installazione ma esclusa la posa  
 Fabbri a terra o anche su impalcature e ponti Falegnami  
 Floricoltori  
 Fonditori  
 Geologi  
 Geometri occupati anche all'esterno ma senza accesso ai cantieri  
 Giardinieri - Vivaisti  
 Giornalisti (cronisti, corrispondenti)  
 Imbianchini anche all'esterno di edifici e con uso di scale, impalcature e ponti Impiegati amministrativi in genere  
 Impiegati in agenzie d'affari, di pubblicità e di viaggi  
 Imprenditori in genere (non edili) che possono prendere parte ai lavori Ingegneri occupati anche all'esterno che  
 accedono anche ai cantieri  
 Litografi e tipografi  
 Magistrati  
 Mediatori di bestiame  
 Medici  
 Mobiliari: fabbricazione mobili in legno Ortopedici (fabbricanti di apparecchi)  
 Ostetriche  
 Panetterie, pasticcerie, gelaterie: per tutti compresa produzione propria (addetti di)  
 Periti liberi professionisti occupati anche all'esterno  
 Restauratori e antiquari (esclusi mobili e senza uso di impalcature)  
 Riparatori elettrodomestici e computer  
 Sarti  
 Tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori (addetti di)  
 Topografi  
 Vetrinisti

#### **CLASSE 4**

##### **Descrizione Attività Professionale**

Addetti agli zoo  
 Agronomi  
 Allenatori sportivi  
 Amministratori di società  
 Analisti chimici  
 Antiquari senza restauro  
 Architetti senza accesso ai cantieri  
 Articoli in pelle, calzature (addetti alla produzione di)  
 Assistenti sociali  
 Autorimesse: esercenti, addetti a lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio ecc.  
 Biologi/addetti a laboratori di analisi  
 Callisti, manicure, pedicure, estetisti  
 Cave a giorno con o senza uso di mine: proprietari o addetti che non lavorano manualmente  
 Certificatori di bilancio e revisori dei conti  
 Commercialisti  
 Commessi viaggiatori senza trasporto e consegna merce

Demolitori di autoveicoli  
Diplomatici  
Dirigenti occupati anche all'esterno escluso accessi a cantieri, ponti, impalcature ecc.  
Dirigenti occupati solo in ufficio  
Disegnatori che frequentano anche ambienti di lavoro  
Disegnatori occupati solo in ufficio  
Enologi ed enotecnici  
Farmacie e Farmacisti  
Fotografi solo in studio  
Geometri occupati solo in ufficio  
Grafici  
Guide turistiche  
Idraulici solo all'interno di edifici o a terra  
Imprenditori in genere che non lavorano manualmente Indossatori e modelli  
Ingegneri occupati solo in ufficio  
Insegnanti scolastici e docenti universitari Istruttori di teoria di scuola guida  
Magliaie  
Notai  
Oreficerie, orologerie, gioiellerie (addetti di)  
Restauratori ed antiquari con restauro di mobili (addetti di)  
Scrittori  
Studenti  
Tappezzieri  
Tornitori

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

Tabella INAIL Invalidità Permanente Allegato 1 D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124		
Tipologia di sinistro	Percentuale di Invalidità Permanente	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	
Altre menomazione della facoltà visiva (vedasi relativa tabella)	-	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticaria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per la disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	



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

**ALLEGATO 3 - Invalidità Permanente da Infortunio****Franchigia 3%**

Grado di invalidità accertata	Percentuale da liquidare	Grado di invalidità accertata	Percentuale da liquidare
1	0	51	48
2	0	52	49
3	0	53	50
4	1	54	51
5	2	55	52
6	3	56	53
7	4	57	54
8	5	58	55
9	6	59	56
10	7	60	57
11	8	61	58
12	9	62	59
13	10	63	60
14	11	64	61
15	12	65	62
16	13	66	63
17	14	67	64
18	15	68	65
19	16	69	66
20	17	70	67
21	18	71	68
22	19	72	69
23	20	73	70
24	21	74	71
25	22	75	72
26	23	76	73
27	24	77	74
28	25	78	76
29	26	79	78
30	27	80	80
31	28	81	82
32	29	82	84
33	30	83	86
34	31	84	88
35	32	85	90
36	33	86	92
37	34	87	94
38	35	88	96
39	36	89	98

40	37	90	100
41	38	91	102
42	39	92	104
43	40	93	106
44	41	94	108
45	42	95	110
46	43	96	112
47	44	97	114
48	45	98	116
49	46	99	118
50	47	100	120

**ALLEGATO 4 - Invalidità Permanente da Infortunio****Franchigia 5%**

<b>Grado di invalidità accertata</b>	<b>Percentuale da liquidare</b>	<b>Grado di invalidità accertata</b>	<b>Percentuale da liquidare</b>
1	0	51	46
2	0	52	47
3	0	53	48
4	0	54	49
5	0	55	50
6	1	56	51
7	2	57	52
8	3	58	53
9	4	59	54
10	5	60	55
11	6	61	56
12	7	62	57
13	8	63	58
14	9	64	59
15	10	65	60
16	11	66	61
17	12	67	64
18	13	68	65
19	14	69	66
20	15	70	67
21	16	71	68
22	17	72	69
23	18	73	70
24	19	74	71
25	20	75	72
26	21	76	73
27	22	77	74
28	23	78	76
29	24	79	78
30	25	80	80
31	26	81	82
32	27	82	84
33	28	83	86
34	29	84	88
35	30	85	90
36	31	86	92
37	32	87	94
38	33	88	96

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

**ALLEGATO 5 - Tabella Opzioni 1, 2 e 3**

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

### **Alta Diagnostica (Cure e diagnostica di Alta Specializzazione)**

Vengono rimborsate, entro il limite massimo e con gli scoperti/limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta, le prestazioni di "Alta Specializzazione" di cui al seguente elenco:

#### ***Diagnostica di Alta Specializzazione***

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

#### ***Terapie attinenti patologie oncologiche***

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

#### ***Terapie***

- Dialisi
- Laserterapia fotodinamica a scopo terapeutico.

#### ***Endoscopie non comportanti biopsia***

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosopia
- Rettoscopia

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN, i ticket sono rimborsati al 100%.

**- Prestazioni ospedaliere (Ricoveri) -**

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

**1. Ricovero con/senza intervento chirurgico:**

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

**2. Day Hospital con intervento chirurgico:**

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

**3. Day Hospital senza intervento chirurgico:**

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

**4. Intervento chirurgico ambulatoriale:**

- a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto concomitante con l'intervento;



- c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti l'intervento;
- d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali, effettuati nei giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento medesimo.

#### **5. Parto cesareo e aborto terapeutico:**

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

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

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

#### **6. Parto fisiologico:**

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

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

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

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

Le spese di cui al punto 7a fino a 7c vengono rimborsate nel limite massimo di 5.000 euro.

Per gli interventi effettuati non in totale regime di convenzione diretta viene applicato uno scoperto del 20% con un minimo di 750 euro per intervento.

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

#### **8. Correzione difetti visivi:**

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

- a. Intervento di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri, onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione

diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria sia l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di convenzione diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

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

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

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

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

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

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

In particolare:

- Gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria e effettuabili attraverso la medesima via d'accesso sono compresi nel sublimite o plafond dell'intervento principale presente in polizza, ove previsti;
- Gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità **dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.**

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

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

#### **B. Indennità sostitutiva**

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

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

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

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

#### **C. Accompagnatore**

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

#### **D. Trasporto dell'Assicurato**

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

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

#### **E. Rimpatrio Salma**

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

#### **F. Neonato**

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

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

#### **G. Ticket SSN sulle prestazioni coperte (ospedaliere)**

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

prestazione.

## **- Prestazioni extraospedaliere -**

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

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le prestazioni di "Alta Specializzazione" di cui all'elenco riportato all'Allegato 6.

#### **I. Cure Domiciliari ed Ambulatoriali**

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

- 1. onorari medici per visite specialistiche**, prescritte dal medico curante, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio. In caso di infortunio gli onorari medici per visite specialistiche vengono rimborsati purché l'infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, documentazione medica o esiti di esami strumentali;
- 2. accertamenti diagnostici ed analisi**, prescritti dal medico curante (con esclusione degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio); in caso di infortunio, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, documentazione medica o esiti di esami strumentali.
- 3. trattamenti fisioterapici e riabilitativi**, resi necessari da malattia, prescritti da medico specialista ed effettuati e fatturati da Istituto di Cura, Centro Medico o da medico specialista con un massimo di 1 ciclo (10 sedute) per anno e per Assicurato;
- 4. medicinali**, fermo il submassimale indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, con esclusione dei prodotti omeopatici. Tali prodotti devono essere prescritti dal medico e inerenti al sinistro denunciato.

A tale scopo l'Assicurato dovrà inviare:

- a.** la prescrizione medica con l'indicazione del nominativo del paziente, il nome del medicinale prescritto e la relativa patologia accertata;
  - b.** lo scontrino fiscale parlante valido ai fini fiscali con l'indicazione del singolo prodotto acquistato ed il relativo costo;
- 5. assistenza infermieristica domiciliare**, vengono rimborsate le spese sostenute dall'Assicurato, entro il sub-limite indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, per assistenza infermieristica professionale a domicilio prescritta dal medico curante.

#### **J. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio**

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

#### **K. Cure odontoiatriche da infortunio**

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

#### **L. Lenti / occhiali**

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

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

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

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

la pulizia e simili.

**M. Ticket SSN sulle prestazioni coperte (extraospedaliere)**

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

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

## **ALLEGATO 8 - Elenco Prestazioni Assistenza**

### **- Collaboratore familiare**

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

### **- Consegna esiti a domicilio**

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

### **- Consegna medicinali**

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

### **- Consegna spesa a domicilio**

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

### **- Consulenza medica di alta specializzazione**

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. L'équipe medica, di cui la Centrale Operativa si avvale, provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito. Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

### **- Consulenza medica telefonica**

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

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

i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni e non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

#### - Guardia Medica Permanente ed Assistenza Domiciliare di Urgenza

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

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

#### - Invio di un fisioterapista

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

#### - Invio di un infermiere a domicilio

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

#### - Invio di un medico generico a domicilio

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

#### - Rimpatrio Salma

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

#### - Second Opinion - Secondo Parere Medico

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

1. Malattie Cardiovascolari
2. Malattie Cerebrovascolari (Ictus)
3. Cecità
4. Sordità
5. Tumori Maligni
6. Insufficienza Renale
7. Trapianto di Organo
8. Sclerosi Multipla
9. Paralisi

10. Malattia di Alzheimer
11. Malattia di Parkinson
12. Gravi Ustioni
13. Coma

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

- Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga organizzato e gestito da parte della Centrale Operativa per il tramite di centri convenzionati che erogano il servizio. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative. I costi del trasporto verranno fatturati a tariffa agevolata direttamente all'Assicurato.

- Tutoring

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



Gentile Cliente,

per rispettare la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, Pramerica Life S.p.a. (di seguito indicata come "Pramerica" o "Compagnia") in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (di seguito "Regolamento UE") e della normativa nazionale in materia di protezione dei dati personali, le fornisce alcune informazioni circa il trattamento dei Suoi dati personali, in qualità di "interessato".

Per trattamento di dati personali si intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, come, a titolo esemplificativo, la raccolta, la registrazione, la conservazione, l'estrazione, la consultazione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

I dati personali vengono trattati con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici nel rispetto delle previsioni di legge per le finalità sotto elencate.

La Compagnia deve acquisire ulteriori dati personali che La riguardano, quali, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, dati anagrafici, dati personali appartenenti a categorie particolari (dati sensibili) e dati finanziari.

### **TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)**

Titolare del trattamento è Pramerica Life S.p.a. (di seguito anche "Titolare"), con sede in Piazza della Repubblica, 14 – 20124, Milano.

Il soggetto appositamente incaricato dal Titolare al quale può rivolgersi per l'esercizio dei diritti successivamente indicati è il Data Protection Officer pro tempore (o Responsabile della Protezione dei dati) della Compagnia, contattabile all'indirizzo e-mail [responsabileprotezionedati@pramerica.it](mailto:responsabileprotezionedati@pramerica.it).

### **A. UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI**

La Compagnia raccoglie i dati personali di cui sopra presso di Lei o altri soggetti come, ad esempio, soggetti facenti parte della catena distributiva (quali agenti, subagenti e intermediari bancari), soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Compagnia (quali medici e cliniche sanitarie) ed altri soggetti che effettuano operazioni che La riguardano o che forniscono informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc.

La Compagnia effettua il trattamento dei Suoi dati personali sulla base di alcuni presupposti che ne garantiscono la liceità per le finalità di seguito elencate.

In particolare, al fine dell'esecuzione del contratto, il trattamento dei Suoi dati è effettuato dalla Compagnia per:

- a) valutare la formula contrattuale che si dimostri più adeguata in rapporto alle Sue esigenze assicurative e previdenziali e alla Sua propensione al rischio;
- b) predisporre una proposta di prodotti e servizi per la copertura delle Sue esigenze assicurative e previdenziali;
- c) predisporre e stipulare le polizze assicurative;
- d) raccogliere i premi;
- e) pagare le prestazioni;
- f) stipulare accordi di coassicurazione e riassicurazione con riguardo alla Sua polizza;
- g) adempiere agli obblighi previsti dal contratto.

Al fine dell'adempimento di un obbligo legale, il trattamento dei Suoi dati è effettuato dalla Compagnia per:

- h) prevenire frodi e svolgere le relative azioni legali;
- i) gestire il contenzioso sia in via giudiziale sia stragiudiziale;
- j) eseguire la gestione e il controllo interno;
- k) effettuare attività statistico-tariffarie;
- l) svolgere analisi sui mercati assicurativi;
- m) ottemperare agli obblighi di legge che sono imposti dalla normativa nazionale e comunitaria, in particolare in materia di antiriciclaggio e in materia fiscale (adeguata verifica della clientela, registrazione, segnalazione).

I Suoi dati potrebbero essere trattati dalla Compagnia, anche al fine della valutazione della formula contrattuale più adeguata alle Sue esigenze assicurative e previdenziali, mediante un processo informatizzato che consenta l'elaborazione di soluzioni in tempi più rapidi e la riduzione del margine di errore. Si precisa che il processo sopra descritto prevede in ogni caso l'intervento umano del Titolare del trattamento.

Rispetto ai trattamenti di cui sopra il conferimento dei dati personali è necessario. L'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità per la Compagnia di dare esecuzione al contratto o di svolgere correttamente tutti gli adempimenti.

### **Categorie particolari di dati personali**

Per erogare i servizi relativi ai prodotti assicurativi la Compagnia ha necessità di trattare anche alcuni Suoi dati appartenenti a categorie particolari quali quelli relativi al Suo stato di salute strettamente strumentali all'erogazione dei servizi stessi, come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri.

Il trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari, inclusi i processi informatizzati di cui sopra, avviene dietro Suo consenso espresso, necessario per lo svolgimento delle finalità assicurative.

Qualora abbia prestato consenso al trattamento dei Suoi dati, La informiamo che può revocare il consenso in qualsiasi momento.

In tal caso la Compagnia potrebbe non essere in grado di fornirLe in tutto o in parte i servizi e/o i prodotti da Lei richiesti.

### **Destinatari dei dati personali**

La Compagnia potrebbe comunicare i Suoi dati personali a soggetti terzi per le finalità descritte nella presente Informativa, per adempiere ad obblighi di legge (come previsto ad esempio dalla normativa antiriciclaggio) e/o per fornirLe i servizi richiesti.

In particolare i Suoi dati personali potranno essere comunicati ai seguenti soggetti terzi in qualità di autonomi titolari, responsabili del trattamento o incaricati del trattamento quali:

- soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (ad esempio contraenti e assicurati);
- altri assicuratori; coassicuratori; broker assicurativi; riassicuratori; banche; SIM; SGR;
- organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo;
- IVASS; COVIP; Banca d'Italia; Ministero dello Sviluppo Economico; Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale; Ministero della Giustizia;
- società di revisione e di consulenza; società di informazioni commerciali; società di recupero crediti.
- legali, periti, medici, cliniche convenzionate;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri;;
- società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale.

I Suoi dati personali sono inoltre trattati da dipendenti e collaboratori (appositamente nominati Incaricati) nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute dal Titolare, per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa. Gli elenchi dei Destinatari dei dati personali sono costantemente aggiornati e disponibili gratuitamente inviando una comunicazione a Pramerica Life S.p.A. – Piazza della Repubblica 14, 20124 Milano o un'email all'indirizzo: [responsabile.privacyclienti@pramerica.it](mailto:responsabile.privacyclienti@pramerica.it).

### **Trasferimento di dati personali verso Paesi terzi**

Il trasferimento dei Suoi dati personali verso l'estero avviene qualora strettamente necessario.

Alcune parti terze con cui la Compagnia potrebbe condividere i Suoi dati personali sono situate in Paesi esterni allo SEE.

Tali trasferimenti sono effettuati unicamente qualora:

- il trasferimento avvenga verso una parte terza con sede in un Paese che rispetti i principi del Privacy Shield (applicabile ai flussi di dati tra l'Unione europea o la Svizzera e gli Stati Uniti) o quelli previsti da eventuali norme successive;
- la parte terza abbia implementato e sia vincolata da Norme vincolanti d'impresa (di cui all'Art. 47 del GDPR) in tutte le giurisdizioni nelle quali i dati personali saranno trasferiti ed elaborati;
- il trasferimento avvenga verso una parte terza con sede in un Paese coperto da una decisione di adeguatezza, da parte della Commissione Europea, rispetto al livello di protezione garantito dal Paese stesso.

Può ottenere informazioni in merito alle parti terze verso cui la Compagnia trasferisce i Suoi dati personali inviando una e-mail a [responsabile.privacyclienti@pramerica.it](mailto:responsabile.privacyclienti@pramerica.it).

### **Modalità d'uso dei dati personali**

I Suoi dati personali sono utilizzati con le modalità strettamente necessarie per fornirLe le prestazioni, i servizi, i prodotti e le informazioni da Lei richiesti o previsti in Suo favore anche mediante l'uso del fax, del telefono (anche cellulare), della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

### **Diritti dell'interessato**

L'esercizio dei diritti indicati nella presente sezione non è soggetto ad alcun vincolo di forma ed è gratuito, salvo richieste manifestamente infondate o eccessive ai sensi del Regolamento UE. La Compagnia sarà tenuta a fornire informazioni in merito all'azione intrapresa dal soggetto interessato senza ingiustificato ritardo, e al più tardi entro un mese dal ricevimento della richiesta. Tale termine può essere prorogato di due mesi, se necessario, tenuto conto della complessità e del numero delle richieste, informando l'interessato di tale proroga e dei motivi del ritardo.

Ai sensi del Regolamento UE e della normativa nazionale in materia di protezione dei dati personali, si informa l'interessato che egli ha il diritto:

- di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali che lo riguardano e informazioni circa il trattamento su di essi effettuato;
- alla rettifica dei dati o la cancellazione degli stessi nelle ipotesi di cui al Regolamento e compatibilmente con altri obblighi di ritenzione da parte del Titolare;
- alla revoca del consenso prestato in precedenza;
- alla limitazione del trattamento nelle ipotesi di cui al Regolamento;
- alla portabilità dei dati, cioè il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivi automatici i dati personali che lo riguardano, e il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del Titolare del trattamento cui li ha forniti, qualora il trattamento si basi sul consenso, su un contratto, o sia effettuato con mezzi automatizzati;
- a non essere sottoposto ad una decisione basata unicamente su un trattamento automatizzato che produca effetti giuridici che lo riguardano o lo colpisca in modo analogamente significativo;
- ad opporsi, in ogni momento, al trattamento dei dati personali che lo riguardano qualora il trattamento sia effettuato per il perseguimento del legittimo interesse del Titolare stesso.

Al seguente link sono disponibili dei modelli personalizzabili per le richieste di esercizio dei diritti, predisposti dal Garante per la protezione dei dati personali: <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1089924>.

Le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate su richiesta dell'interessato - salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato - saranno comunicate dal Titolare del trattamento a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali. Il Titolare del trattamento potrà comunicare all'interessato tali destinatari qualora l'interessato lo richieda. Potrà effettuare tali richieste inviando una comunicazione a Pramerica Life S.p.A. - Piazza della Repubblica 14, 20124 Milano, all'attenzione del Data Protection Officer pro tempore o un'e-mail a [responsabileprotezionedati@pramerica.it](mailto:responsabileprotezionedati@pramerica.it) o [responsabile.privacyclienti@pramerica.it](mailto:responsabile.privacyclienti@pramerica.it).

La Compagnia fornirà riscontro alle Sue richieste, qualora in linea con la normativa applicabile, nelle tempistiche previste dalla legge. Al fine di garantire la protezione dei Suoi dati, potrebbe essere necessario verificare la Sua identità prima di dar corso alle Sue richieste.

L'interessato ha altresì diritto a proporre un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali qualora ritenga che i propri diritti non siano stati rispettati, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità su [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it).

### **Conservazione dei dati personali**

La Compagnia conserverà i Suoi dati personali per il periodo necessario ad adempiere alle attività descritte nella presente Informativa, a meno che la normativa in vigore richieda o consenta un periodo di conservazione più lungo. Al fine di determinare il periodo di conservazione necessario, la Compagnia utilizza i criteri elencati di seguito:

- a) periodo necessario alla gestione del rapporto contrattuale;
- b) adempimenti normativi cui la Compagnia deve attenersi;
- c) eventuali procedimenti in cui sia necessario un coinvolgimento della Compagnia (ad esempio in caso di contenziosi o indagini da parte dell'autorità).

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma in calce al punto "A.a." (contenuto nel modulo di proposta) Lei può esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari (c.d. "dati sensibili"), per scopi assicurativi.

Ha il diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento.

### **B. UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER RICERCHE DI MERCATO E/O SCOPI PROMOZIONALI**

I Suoi dati personali potranno anche essere trattati, dietro Suo espresso consenso, per le seguenti finalità:

- a) attività di marketing, attraverso l'invio di materiale promozionale e/o questionari inerenti i prodotti e/o i servizi della Compagnia o di detti soggetti terzi mediante l'uso di della posta tradizionale, della posta elettronica, di telefono, fax o altre tecniche di comunicazione a distanza che mirino a rilevare quali sono i Suoi bisogni, le Sue opinioni ed esigenze, nonché la qualità dei servizi e il Suo grado di soddisfazione (finalità di marketing);
- b) renderLa partecipe di attività di marketing "personalizzato" a seconda dei Suoi gusti e delle Sue abitudini, tramite l'elaborazione delle Sue scelte di mercato e con conseguente invio di materiale promozionale personalizzato nelle medesime modalità indicate al precedente punto a) (finalità di profilazione).

Il Suo consenso al trattamento per tali finalità è facoltativo ed il Suo rifiuto avrà quale unica conseguenza quella di non poter essere destinatario delle attività di marketing e profilazione. Ha il diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento.

Le attività di comunicazione e marketing sopra descritte potranno essere realizzate dalla Compagnia, dai suoi collaboratori e dai suoi agenti, subagenti, produttori, mediatori, anche avvalendosi di soggetti terzi esterni

specializzati, nonché di società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e postali cui vengono affidati compiti di natura tecnica od organizzativa.

Questi soggetti svolgono la funzione di “Responsabile” o di “Incaricato” del trattamento dei Suoi dati personali oppure operano come distinti “Titolari” del trattamento.

I Suoi dati personali non saranno diffusi né trasferiti all'estero per finalità di marketing.

Anche per i dati personali acquisiti per finalità di ricerche di mercato e/o scopi promozionali, si applicano i paragrafi “Diritti dell'interessato”.

#### **Conservazione dei dati personali**

Per le attività di marketing e profilazione, ferma restando la facoltà di revocare in ogni momento il consenso da Lei prestato, i dati personali raccolti dalla Compagnia saranno conservati per il tempo necessario (e comunque per non più di 12 mesi per le attività di profilazione e per non più di 24 mesi per le attività di marketing dalla cessazione del rapporto).

Sulla base di quanto sopra, barrando con una croce le Sue scelte e apponendo la Sua firma in calce al punto “B.b.” (contenuto nel modulo di proposta) Lei esprime il Suo consenso al trattamento dei dati per ricerche di mercato e/o scopi promozionali.

Ha il diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento.



# Pramerica

[www.pramericagroup.it](http://www.pramericagroup.it)

Pramerica Life S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale

Piazza della Repubblica, 14 - 20124 Milano

Tel. 0272258.1 - Fax 0272003580

PEC: [pramerica@legalmail.it](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

Appartenente al Gruppo Eurovita regolarmente iscritto all'Albo Gruppo Assicurativo al n. 053.

Società soggetta a direzione e coordinamento di Eurovita Holding S.p.A.