

NOTA INFORMATIVA

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a) Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Gruppo Vittoria Assicurazioni;

b) Sede e Direzione - Rami Vita: Italia, 20149 Milano, Via Ignazio Gardella n. 2;

c) Telefono +39 02 48 21 91 - Fax +39 02 48 21 95 71 ; Sito

web: www.vittoriaassicurazioni.com

Posta elettronica: info@vittoriaassicurazioni.it

d) La Società, costituita nel 1921, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L. 29/04/1923 n. 966. La Compagnia è autorizzata all'esercizio delle attività ricomprese nei Rami I, II, III, IV, V e VI di cui all'art. 2, comma 1, d.lgs. 7 settembre 2005, n. 209.

Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione sez. I n. 1.00014 - Capogruppo del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi n. 008.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Il patrimonio netto dell'Impresa ammonta a 353.228.631 euro: il capitale sociale è 67.378.924 euro, mentre le riserve patrimoniali sono pari a 285.849.707 euro. L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita è 1,8. Esso rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Le prestazioni assicurative previste dal presente contratto collettivo di durata monoannuale sono:

Prestazione assicurata in caso di non autosufficienza dell'Assicurato

In caso di perdita dell'autosufficienza da parte dell'Assicurato a quest'ultimo viene garantito il pagamento di una rendita mensile finché egli sarà in vita e sempre che permanga tale stato di non autosufficienza.

E' considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di compiere 4 delle seguenti 6 attività elementari della vita quotidiana:

- **Lavarsi:** capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni
- **Vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato dalla testa ai piedi. Inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche; la capacità di allacciarsi le scarpe o infilarsi le calze non è considerata determinante.
- **Nutrirsi:** Capacità di mangiare autonomamente cibo preparato da terzi. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo
- **Mobilità:** Capacità di muoversi all'interno della casa su superfici piane. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di muoversi eventualmente con l'aiuto di una stampella, una sedia a rotelle, ecc.
- **Continenza:** Capacità di controllare le funzioni corporali cioè espletarle mantenendo un sufficiente livello di igiene, senza l'aiuto di una terza persona. Ciò significa che l'Assicurato è in grado di gestire i suoi bisogni in maniera . autonoma; questa definizione però non comprende la continenza urinaria totale (una leggera incontinenza urinaria è comune nelle persone anziane).

- **Spostarsi:** Capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona.

E' inoltre coperto lo stato di non autosufficienza derivante dalla perdita delle capacità mentali, dovuta ad una patologia nervosa o mentale di natura organica quali il morbo di Alzheimer o forme simili di demenza senile, che si traduce in incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza la supervisione continua da parte di una terza persona.

Poiché il premio riguarda esclusivamente la copertura della perdita dell'autosufficienza nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto.

Una volta che la Società abbia dato il proprio assenso all'attivazione della copertura assicurativa viene attivato un periodo di carenza durante il quale la copertura assicurativa ha una efficacia limitata.

La Società non riconoscerà la prestazione assicurata qualora:

- nel corso del primo anno dall'entrata in assicurazione intervenga lo stato di non autosufficienza a seguito di malattia;
- nel corso dei primi tre anni dall'entrata in assicurazione intervenga lo stato di non autosufficienza a causa del morbo di Alzheimer o demenza senile.

In tali casi la Società corrisponderà all'Assicurato un importo pari al rateo dell'ultimo premio pagato corrispondente al periodo mancata al successivo rinnovo annuale.

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dell'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni da parte della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari ad ottenere il pagamento della prestazione. A questo proposito si raccomanda la massima precisione nella compilazione del questionario sanitario incluso nel Mandato di Adesione.

Si rimanda altresì all'articolo 1 (Prestazioni) ed all'articolo 8 (Rischi assicurati ed esclusioni) delle Condizioni di Polizza per gli aspetti di dettaglio.

4) Premio

A fronte della sottoscrizione del presente contratto la contraente è tenuta al pagamento con le modalità pattuite nella Convenzione, per ciascun Assicurato, di un premio unico determinato moltiplicando la rendita annua per il corrispondente Tasso di premio. Il tasso di premio applicabile varia per classi quinquennali di età ed è indifferenziato per sesso. L'importo di premio così ottenuto potrà essere aumentato e dei sovrappremi sanitari che la Società riterrà eventualmènte necessari per il rilascio dell'assenso all'assunzione del rischio.

Il versamento dei premi viene effettuato direttamente a favore di Vittoria Assicurazioni S.p.A.. dalla Contraente mediante bonifico bancario.

Nella tabella sottostante sono riportati, a fronte della prestazione assicurata (ovvero una rendita mensile), i premi richiesti per fasce di età dell'Assicurato.

	Rendita mensile 500,00 €	Premio (€)		Rendita mensile 1.000,00 €	Premio (€)		Rendita mensile 1.500,00 €	Premio (€)
	20-39	27,00	E T A'	20-39	44,00		20-39	61,00
	40-44	30,00		40-44	50,00		40-44	70,00
	45-49	35,50		45-49	61,00		45-49	86,50
	50-54	41,50		50-54	73,00		50-54	104,50
	55-59	55,50		55-59	101,00		55-59	146,50
	60-64	92,50		60-64	175,00		60-64	257,50
	65-69	172,50		65-69	335,00		65-69	497,50
	70-74	330,00		70-74	650,00		70-74	970,00
	75-79	630,00		75-79	1.250,00		75-79	1.870,00

Sui premi gravano i costi di cui al seguente Punto 5.1.

Alla Società è riconosciuto il diritto di rivedere periodicamente, ma comunque non prima che siano trascorsi tre anni dalla sottoscrizione della Convenzione o dall'ultima revisione, i tassi di premio applicati. In caso di revisione dei tassi di premio la Società comunicherà alla Contraente i nuovi premi

applicabili con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla data di rinnovo annuale delle coperture assicurative e la Contraente potrà rifiutare l'applicazione di tali modifiche procedendo alla disdetta della Convenzione senza alcun preavviso.

Si rinvia altresì all'articolo 5 delle Condizioni di Polizza.

C - INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5) Costi

La sottoscrizione del presente contratto comporta esclusivamente dei costi sul premio corrisposto.

5.1 Costi gravanti sul premio

Sui premi versati gravano dei costi a copertura delle spese commerciali ed amministrative. In particolare la Società trattiene

Tipologia di costo	Importo	Descrizione
Costo fisso	10,00 euro	Applicato su ogni premio.
Caricamento percentuale	30,0%	Applicato su ogni premio al netto del costo fisso.

La quota parte percepita dagli intermediari risulta essere pari al 100,0% del costo fisso ed al 40,0% del caricamento percentuale.

6. Sconti

Avvertenza: la Società o l'intermediario hanno la facoltà di prevedere specifici sconti, in tal caso informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita della Società medesima.

7. Regime fiscale

Di seguito vengono illustrati il regime fiscale previsto per i premi e le prestazioni dalla normativa in vigore al momento della redazione della presente Nota Informativa.

7.1 Tassazione del premio

Il premio versato sul presente contratto non è gravato da alcun tipo di imposta a carico della Contraente.

7.2 Detrazione fiscale del premio

Le Assicurazioni sulla vita aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla Legge. In virtù della riduzione di imposta della quale il Contraente viene così a beneficiare, il costo effettivo dell'assicurazione risulta inferiore al premio versato.

7.3 Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in caso di perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

D - ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del Contratto

Dopo la sottoscrizione della Convenzione da parte della Contraente e della Società, il contratto si considera concluso e perfezionato, rispettivamente, quando la Contraente riceve il primo elenco delle persone assicurate e quando la Contraente procede al pagamento del premio corrispondente a queste ultime.

Le singole coperture assicurative sono attivate e pienamente efficaci a partire dalla loro data di decorrenza e comunque non prima che il contratto risulti perfezionato.

8.1 Condizioni per la sottoscrizione

Alla polizza collettiva possono aderire tutti gli Associati alla Contraente, eventualmente anche il loro coniuge (o convivente more uxorio), che abbiano sottoscritto l'apposito Mandato di Adesione e abbiano risposto al questionario sanitario ivi incluso.

Le condizioni necessarie per l'attivazione della copertura assicurativa a favore del singolo Associato, così come eventualmente del suo coniuge (o convivente more uxorio), sono che:

- la sua età assicurativa sia inferiore ad ottant'anni. Per età assicurativa si deve intendere l'età espressa in anni compiuti eventualmente aumentata di uno se, al momento dell'adesione, sono trascorsi sei mesi o più dall'ultimo compleanno.
- Non sia stata riconosciuta un'invalidità permanente di grado superiore al 50% né sia stata avanzata richiesta di riconoscimento della stessa.
- Nella compilazione del questionario sanitario incluso nel Mandato di Adesione, abbia fornito tutte risposte negative oppure, in caso contrario, che la Società, dopo aver svolto gli accertamenti sanitari del caso, abbia dato esplicito assenso all'attivazione della copertura.

In particolare, nei casi in cui al questionario sanitario sia stata fornita anche una sola risposta positiva, per l'attivazione della copertura assicurativa si necessita di un esplicito assenso da parte della Società, che a tal fine si riserva il diritto di richiedere idonea documentazione medica e/o accertamenti sanitari sulla scorta dei quali valutare l'assumibilità del rischio, il suo rifiuto o l'applicazione di sovrappremi.

Si rimanda altresì all'articolo 2 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Risoluzione del contratto e risoluzione della copertura assicurativa

La risoluzione del contratto, con la conseguente decadenza di tutte le garanzie e di tutti gli impegni contrattuali, può avvenire solo a seguito di:

- recesso: nei limiti e con le modalità illustrate al successivo punto 12;
- disdetta della Convenzione: così come regolato dalla medesima.

In relazione ad ogni singolo assicurato, la risoluzione della corrispondente copertura assicurativa accesa nell'ambito del contratto può avvenire solo a seguito di:

- *mancato rinnovo*: per qualsiasi motivo ad eccezione del riconoscimento dello stato di non autosufficienza;
- *decesso dell'Assicurato*.

10. Riscatto e riduzione

La presente assicurazione non ammette valore di riscatto e di riduzione.

11. Revoca della proposta

Nella fase che precede la conclusione del contratto, la Contraente ha sempre la facoltà di revocare la proposta di emissione del contratto (rappresentata dalla Convenzione stessa) senza l'addebito di alcun onere dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi della proposta, indirizzata al seguente recapito:

Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita Via Ignazio Gardella 2, 20149 Milano

12. Diritto di recesso

.La Contraente ha diritto di recedere dalla copertura assicurativa entro trenta giorni dal momento in cui il Contratto è concluso mediante richiesta scritta indirizzata alla Società.

La conclusione del contratto si considera avvenuta quando la Contraente ha ricevuto l'elenco delle persone assicurate nella prima annualità contrattuale. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio pagato al netto della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

13. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni e e termine di prescrizione

All'insorgere dello stato di non autosufficienza, alla Società deve essere consegnata tutta la documentazione sanitaria necessaria per il riconoscimento di tale stato. Per maggiori dettagli su tale documentazione si rimanda all'articolo 9 delle Condizioni di Assicurazione.

Si ricorda che il Codice Civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni, come previsto dall'articolo 22 del D.L. n. 179 del 18/10/2012 (entrato in vigore il 20/10/2012), e convertito dalla L. 17/12/2012 n. 221, da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda, avuto riguardo a quanto previsto in materia di rapporti dormienti (Legge n. 266 del 23/12/2005 e successive modificazioni ed integrazioni). In particolare il D.L. 155/2008, convertito nella Legge 4 dicembre 2008 n. 190, ha stabilito che le somme dovute su polizze per le quali sia maturata la prescrizione, vengano versate al fondo che, come richiesto dalla Legge Finanziaria 2006, è stato istituito presso il Ministero delle Finanze a favore delle vittime delle frodi finanziarie.

14. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

15. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto e tutte le comunicazioni ad esso relative vengono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

16. Reclami

Fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, devono essere inoltrati per iscritto alla Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami, Via Ignazio Gardellan. 2 20149 Milano (fax 02/48.20.47.37 - email

servizioreclami@vittoriaassicurazioni.it). Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma.

Devono essere presentati direttamente all'IVASS, in quanto di competenza esclusiva, i reclami concernenti:

a) l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 7 Settembre 2005, n. 209 - Codice delle Assicurazioni - e delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;

b) le liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari per le quali il reclamante chiede l'attivazione della procedura FIN-NET.

In particolare i reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico;

individuazione del/i soggetto/i di cui si lamenta l'operato; breve descrizione del motivo di lamentela;

copia del reclamo già presentato direttamente all'impresa corredato dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;

ogni documento utile a descrivere compiutamente le circostanze del reclamo. Non

rientrano nella competenza dell'IVASS:

a) i reclami relativi alla quantificazione delle prestazioni assicurative e all'attribuzione di responsabilità, che devono essere indirizzati direttamente all'impresa: in caso di ricezione l'IVASS provvederà ad inoltrarli all'impresa di assicurazione entro 90 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti;

b) i reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria: l'IVASS provvederà ad informare i reclamanti che gli stessi esulano dalla propria competenza;

c) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Testo Unico dell'intermediazione finanziaria e delle relative norme di attuazione disciplinanti la sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, nonché il comportamento dei soggetti abilitati e delle imprese di assicurazione, relativamente alla vendita diretta, nella sottoscrizione e nel collocamento dei prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, i quali vanno inviati alla CONSOB - via G.B. Martini 3 - 00198 Roma;

d) i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 e delle relative norme di attuazione disciplinanti la trasparenza e le modalità di offerta al pubblico delle forme pensionistiche complementari, i quali vanno inviati alla COVIP - via in Arcione 71 - 00187 Roma.

In caso di ricezione dei reclami di cui alle lettere c) e d), l'IVASS provvederà ad inoltrarli senza ritardo alle competenti Autorità, dandone contestuale notizia ai reclamanti.

17. Informativa in corso di contratto

La Società fornirà per iscritto alla Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa che dovessero intervenire anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del *contratto*.

In caso di revisione delle basi demografiche, la Società invierà alla Contraente la comunicazione del nuovo importo di premio con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla data di rinnovo annuale della copertura.

18. Conflitto di interessi

Vittoria Assicurazioni, in presenza di un potenziale conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e cercando di perseguire i migliori risultati per i Contraenti stessi.

Vittoria Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

L'Amministratore Delegato

Roberto Guarena

aggiornamento:1/05/2013

Condizioni di Assicurazione

Articolo 1 - Prestazioni

Il presente contratto viene sottoscritto tra la Contraente e Vittoria Assicurazioni S.p.A. in forza della Convenzione sottoscritta dalle stesse. Al verificarsi degli eventi assicurati di cui al successivo art. 8 la Società garantisce, a favore dell'Assicurato il pagamento vitalizio della rendita mensile assicurata, con le modalità di cui al successivo articolo 14.

Assicurati sono tutti gli Associati della Contraente, ed eventualmente il loro coniuge (o convivente more uxorio), che avranno aderito alla polizza sottoscrivendo il Mandato di Adesione, e per i quali la Società abbia espresso la propria accettazione del rischio.

In caso di decesso dell'Assicurato la copertura si intenderà estinta ed il premio pagato resterà acquisito dalla Società.

Per il presente contratto non è previsto alcun diritto di riscatto. **Articolo**

2 - Entrata in vigore e durata del contratto

Il Contratto entra in vigore alla data di decorrenza della Convenzione ed ha una durata pari a quella di quest'ultima. Le singole coperture assicurative hanno una durata annuale e vengono rinnovate ad ogni anniversario della data di decorrenza del Contratto. L'efficacia del Contratto e delle singole coperture assicurative attivate nel suo ambito è subordinata al pagamento del premio di cui al successivo articolo 5.

Articolo 3 - Facoltà di revoca della proposta

Nella fase che precede la conclusione del contratto, la Contraente ha sempre la facoltà di revocare la proposta di emissione del contratto, rappresentata dalla Convenzione stessa, senza l'addebito di alcun onere. L'esercizio della facoltà di revoca richiede da parte della Contraente apposita comunicazione scritta alla Società.

Articolo 4 - Diritto di recesso dal contratto

La Contraente ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso, dandone comunicazione dalla Direzione della Società con lettera raccomandata. La conclusione del contratto si considera avvenuta quando la Contraente ha ricevuto l'elenco delle persone assicurate nella prima annualità contrattuale.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe del parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso la Società rimborsa alla Contraente, previa consegna della Polizza, il premio eventualmente corrispostole, diminuito della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.

Articolo 5 - Premio assicurativo

Per ciascuna copertura assicurativa, per la durata di un anno, è dovuto un premio ottenuto moltiplicando la rendita mensile assicurata per il tasso di premio corrispondente alla classe quinquennale di età cui ricade quella dell'Assicurato. Nella tabella sottostante sono riportati, per ciascuno dei tre possibili importi di rendita assicurabile, il corrispondente premio dovuto.

	Rendita mensile 500,00 €	Premio (€)	Rendita mensile 1.000,00 €	Premio (€)	Rendita mensile 1.500,00 €	Premio (€)
	20-39	27,00	20-39	44,00	20-39	61,00
	40-44	30,00	40-44	50,00	40-44	70,00
	45-49	35,50	45-49	61,00	45-49	86,50
	50-54	41,50	50-54	73,00	50-54	104,50
	55-59	55,50	55-59	101,00	55-59	146,50
	60-64	92,50	60-64	175,00	60-64	257,50
	65-69	172,50	65-69	335,00	65-69	497,50
	70-74	330,00	70-74	650,00	70-74	970,00
	75-79	630,00	75-79	1.250,00	75-79	1.870,00

Il premio è dovuto per intero. Per gli ingressi in assicurazione nel corso dell'anno verranno stabiliti dei ratei di premio per la frazione d'anno, espressa in 360esimi, relativa al periodo durante il quale la garanzia sarà operativa. Non prima che siano trascorsi tre anni dalla sottoscrizione del Contratto o da una precedente modifica, la Società si riserva la facoltà di modificare i tassi di premio applicati alla presente polizza collettiva qualora le basi statistiche utilizzate per la determinazione dei tassi di premio dovessero evidenziare uno scostamento rispetto al reale andamento della sinistralità. In caso di revisione dei tassi di premio, la Società invierà alla Contraente la comunicazione del nuovo importo di premio con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla data di rinnovo annuale delle coperture, fatta salva la facoltà della Contraente di non accettare tali modifiche e di procedere quindi, senza alcun preavviso, alla disdetta della Convenzione.

Articolo 6 - Riscatto

La presente assicurazione non ammette valore di riscatto.

Articolo 7 - Dichiarazioni della Contraente e dell'Assicurato

La polizza è incontestabile per reticenze rese dalla Contraente e dall'Assicurato nel modulo di adesione e negli altri documenti salvo il caso che la verità sia stata taciuta o alterata in malafede.

Articolo 8 - Rischi assicurati ed esclusioni

Il diritto alla prestazione si ha in caso di incapacità a svolgere almeno 4 delle attività elementari della vita quotidiana (ADL) sulle sei previste. L'Assicurato deve trovarsi nell'impossibilità fisica totale permanente, clinicamente accertata, di poter compiere almeno 4 delle seguenti 6 attività elementari della vita quotidiana:

- **Lavarsi:** capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo.
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni.
- **Vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti.
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato dalla testa ai piedi. Inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche; la capacità di allacciarsi le scarpe o infilarsi le calze non è considerata determinante.
- **Nutrirsi:** Capacità di mangiare autonomamente cibo preparato da terzi.
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo.
- **Mobilità:** Capacità di muoversi all'interno della casa su superfici piane.
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di muoversi eventualmente con l'aiuto di una stampella, una sedia a rotelle, ecc.
- **Continenza:** Capacità di controllare le funzioni corporali cioè espletarle mantenendo un sufficiente livello di igiene, senza l'aiuto di una terza persona. Ciò significa che l'Assicurato è in grado di gestire i suoi bisogni in maniera autonoma; questa definizione però non comprende la continenza urinaria totale (una leggera incontinenza urinaria è comune nelle persone anziane).
- **Spostarsi:** Capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona.

E' inoltre coperto lo stato di non autosufficienza derivante dalla perdita delle capacità mentali, dovuta ad una patologia nervosa o mentale di natura organica, quali il morbo di Alzheimer o forme simili di demenza senile, che

si traduce in incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza la supervisione continua da parte di una terza persona.

L'erogazione della rendita avrà inizio a partire dal 91° giorno successivo alla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza (periodo di differimento).

Una volta che la Società abbia dato il proprio assenso all'attivazione della copertura assicurativa viene attivato un periodo di carenza durante il quale la copertura assicurativa ha una efficacia limitata. La Società non riconoscerà la prestazione assicurata qualora:

- nel corso del primo anno dall'entrata in assicurazione intervenga lo stato di non autosufficienza a seguito di malattia;
- nel corso dei primi tre anni dall'entrata in assicurazione intervenga lo stato di non autosufficienza a causa del morbo di Alzheimer o dementia. In tali casi la Società corrisponderà all'Assicurato un importo pari al rateo dell'ultimo premio pagato corrispondente al periodo mancata al successivo rinnovo annuale.

Le prestazioni del presente contratto non sono dovute se:

- lo stato di non autosufficienza esisteva già al momento della sottoscrizione;
- l'Assicurato, al momento della sottoscrizione, risulti colpito da una invalidità superiore al 50% o abbia fatto richiesta per il suo riconoscimento.

Sono esclusi dalla garanzia per perdita dell'autosufficienza, come definita al presente articolo, i casi dovuti a:

- patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.) e che *non* risultano in un'effettiva ed obiettivamente accertabile incapacità a svolgere le attività elementari della vita quotidiana;
- dolo della Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali o dolosi;
- partecipazione attiva a guerra civile, tumulti o sommosse ed atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- lesioni provocate volontariamente o tentato suicidio;
- abuso di alcool o uso di droghe;
- pratica di sport pericolosi;
- rifiuto di seguire le prescrizioni mediche;
- contaminazione chimica, batteriologica o radioattiva;
- infezioni da HIV.

In tali casi la Società liquiderà all'Assicurato un importo pari al rateo dell'ultimo premio pagato corrispondente al periodo mancante al successivo rinnovo annuale.

Articolo 9 - Denuncia di sinistro

Qualora si manifesti uno stato di non autosufficienza ai sensi dell'art. 8 delle presenti condizioni, la Contraente deve farne denuncia alla Società a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione Generale della Società.

La data di denuncia corrisponde alla data di spedizione della suddetta raccomandata; l'accertamento della Società verrà effettuato a partire da tale data.

La denuncia deve essere accompagnata o seguita da un certificato del medico curante che attesti lo stato di non autosufficienza, l'epoca di esordio dei disturbi psico-motori e la precisazione circa la causa delle condizioni di non autosufficienza.

A fronte della denuncia, la Società invierà all'Assicurato un apposito questionario che dovrà essere compilato direttamente dalle persone che si occupano dello stesso nonché dal medico curante ed ospedaliero. Quest'ultimo dovrà fornire le cartelle cliniche dei ricoveri ed i risultati degli esami complementari effettuati.

Qualora l'incapacità di effettuare le azioni della vita quotidiana fosse in relazione a disturbi mentali, comunque di origine organica, è necessario che lo stato di non autosufficienza sia constatato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "Mini Mental State Examination" dal quale dovrà

emergere un punteggio inferiore a 15.

L'Assicurato, su richiesta della Società, ha l'obbligo di sottoporsi, a spese della Società, a tutti gli accertamenti medici necessari per compiere la valutazione funzionale della propria capacità fisica ed è tenuto a fornire la documentazione sanitaria pertinente.

Se gli elementi dai quali bisognerebbe evincere lo stato di non autosufficienza sono insufficienti, la Società si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili.

Articolo 10 - Accertamento dello stato di non autosufficienza

La Società si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza entro novanta giorni dalla data della denuncia, qualora la Contraente e l'Assicurato abbiano provveduto all'inoltro di tutta la documentazione prevista dall'art. 9 delle presenti Condizioni di Assicurazione. Una volta riconosciuto il diritto alla prestazione, la Società corrisponderà la rendita pattuita alla prima scadenza di pagamento successiva, corrispondendo anche le eventuali rate arretrate scadute prima del riconoscimento della non autosufficienza.

Il decesso dell'Assicurato durante il periodo di accertamento, qualora siano trascorsi i tre mesi di differimento, viene equiparato al riconoscimento dello stato di non autosufficienza e dà diritto alle rate di rendita scadute nel frattempo, a meno che non sia già stato comunicato per iscritto il disconoscimento di tale stato.

In caso di controversia sull'esito dell'accertamento dello stato di non autosufficienza, la Contraente ha la facoltà di ricorrere al collegio medico con le modalità indicate al successivo art. 12.

Articolo 11 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

La Società si riserva a sue spese il diritto di far sottoporre, non più di una volta l'anno, l'Assicurato non autosufficiente alle visite ed agli esami necessari ad accertare il perdurare di tale stato ed a richiedere i documenti necessari ad accertare l'esistenza in vita dell'Assicurato stesso. Qualora l'accertamento evidenzi il recupero dell'autosufficienza la Società comunica al Beneficiario e alla Contraente la sospensione della liquidazione della rendita.

In caso di controversia sull'esito della verifica dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato, o altra persona da lui designata, ha la facoltà di promuovere la decisione di un Collegio Arbitrale (art. 12). Nel caso in cui l'Assicurato si rifiutasse di sottoporsi ai citati controlli o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento della rendita verrà sospeso.

Articolo 12 - Collegio Medico

In caso di disaccordo sul riconoscimento dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato o altra persona da lui designata, ha la facoltà di promuovere, entro 30 giorni dalla comunicazione ricevuta, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione Generale della Società, la decisione di un Collegio Medico, composto da 3 medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dalla Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti.

In caso di mancato accordo la scelta del terzo medico sarà demandata al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico che risiederà nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Il Collegio Medico decide a maggioranza, come amichevole compositore senza formalità di procedura con parere vincolante anche se uno dei componenti rifiuta di firmare il relativo verbale.

I medici, ove ritengano più opportuno potranno esprimere qualsiasi accorgimento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

Ciascuna delle parti sopporta le spese e le competenze del proprio medico e metà di quelle del terzo. Tutte le altre spese sono a carico della parte soccombente.

Articolo 13 - Beneficiari

Il Beneficiario della rendita è la persona assicurata.

La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata.

Articolo 14 - Pagamenti della Società

Ciascuna rata mensile di rendita verrà corrisposta mediante bonifico bancario con valuta pari alla data del pagamento, su un conto corrente bancario intestato al Beneficiario.

In caso di variazione delle coordinate bancarie sulle quali viene effettuato il pagamento delle rate mensili di rendita, il Beneficiario dovrà comunicare le modifiche per posta o via fax alla Direzione della Società.

Quest'ultima garantisce l'utilizzo di tali nuove coordinate per il pagamento delle rate di rendita aventi scadenza non anteriore ai 30 giorni successivi alla data di ricevimento di tale comunicazione.

In occasione di ogni ricorrenza anniversaria la Società dovrà ricevere da parte dell'Assicurato una autocertificazione di esistenza in vita sottoscrivendo apposita dichiarazione fattagli pervenire a tali epoche dalla medesima. La Società si riserva, oltre che il diritto agli accertamenti di cui all'art. 11, la facoltà di verificare l'esistenza in vita dell'Assicurato anche in epoche diverse dalla ricorrenza anniversaria, richiedendo al più una volta ogni dodici mesi l'invio alla Società di un certificato di esistenza in vita.

Qualora, trascorsi 45 giorni dall'invio della richiesta di autocertificazione, senza che questa sia pervenuta alla Società, la stessa procederà all'immediata sospensione dell'erogazione della rendita. Qualora il mancato ricevimento da parte della Società dell'autocertificazione sia dovuto a cause diverse dal decesso dell'Assicurato, il ricevimento da parte di quest'ultima di una nuova autocertificazione determina la riattivazione dell'erogazione della rendita con il pagamento delle rate eventualmente rimaste in sospenso.

La Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla scadenza pattuita, decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore del Beneficiario.

Si ricorda che il Codice Civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni.

Articolo 15 - Foro competente

Per le eventuali controversie relative al presente contratto il Foro Competente è quello del luogo di residenza o di domicilio del Consumatore.

Data dell'ultimo aggiornamento: 31/05/2013.