

WHITE COLLARS DREAD DISEASE

Assicurazione temporanea monoannuale
in forma collettiva in caso di malattia grave

Condizioni di assicurazione



Il contratto è redatto secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico "Contratti Semplici e Chiari" coordinato dall'ANIA.

I testi delle condizioni di assicurazione sono stati realizzati utilizzando un linguaggio il più possibile semplice e di utilizzo comune, con l'obiettivo di facilitarne la lettura e la consultazione.

Il testo è stato corredato di alcuni esempi pratici per facilitare la comprensione dei passaggi più complessi.

Data ultimo aggiornamento: 05/06/2024

Generali Italia S.p.A.

Ed. 06/2024

Pagina 1 di 20



Pagina lasciata intenzionalmente libera

INDICE

DEFINIZIONI.....	4
CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?	5
Art. 1 Oggetto del contratto	5
Art. 2 Prestazione.....	5
CHE COSA NON È ASSICURATO?	7
Art. 3 Persone non assicurabili.....	7
CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	7
Art. 4 Esclusioni.....	7
CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?	8
Art. 5 Dichiarazioni	8
Art. 6 Ingresso e uscita dall'assicurazione.....	8
Art. 7 Documentazione assuntiva.....	9
Art. 8 Quietanza dei premi e Appendice-distinta.....	9
Art. 9 Richieste di pagamento.....	9
Art. 10 Denuncia, accertamento e riconoscimento della malattia grave.....	10
Art. 11 Arbitrato	10
QUANDO E COME DEVO PAGARE?	10
Art. 12 Premi di assicurazione.....	10
Art. 13 Mezzi di versamento del premio.....	11
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	11
Art. 14 Durata.....	11
Art. 15 Conclusione del contratto ed entrata in vigore delle posizioni	11
COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?	11
Art. 16 Interruzione del versamento dei premi: risoluzione.....	11
QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?	12
Art. 17 Costi	12
SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI? <input type="checkbox"/> SÌ <input checked="" type="checkbox"/> NO	12
Art. 18 Riscatto e riduzione.....	12
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI AL CONTRATTO	12
Art. 19 Beneficiario.....	12
Art. 20 Non pignorabilità e non sequestrabilità	12
Art. 21 Foro competente	12
Art. 22 Informativa dati personali	12
Art. 23 Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali.....	12
Art. 24 Rinvio alle norme di legge.....	13
ALLEGATO I.....	14
ALLEGATO II – DOCUMENTAZIONE ASSUNTIVA.....	15
ALLEGATO III – MODULO PER L'ASSICURAZIONE WHITE COLLARS DREAD DISEASE	16
ALLEGATO IV – QUESTIONARIO SANITARIO	17

DEFINIZIONI

Definiamo i principali termini utilizzati:

Anno assicurativo	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla data di decorrenza.
Assicurato	Persona fisica sulla cui vita è stipulata l'assicurazione: i suoi dati anagrafici e gli eventi che si verificano durante la sua vita determinano il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.
Beneficiario	Persona fisica o giuridica a cui sono pagate le prestazioni previste dal contratto di assicurazione.
Caricamento	Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi di Generali Italia.
Contraente	Persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento dei relativi premi.
Data di decorrenza del contratto	Data indicata nel contratto come data di inizio per il calcolo delle prestazioni contrattuali.
Età assicurativa	Età espressa in anni interi; le frazioni di anno inferiori a 6 mesi sono trascurate mentre quelle pari o superiori sono considerate come anno compiuto (es. 34 anni e 6 mesi = 35 anni; 43 anni e 5 mesi = 43 anni). Tale età viene determinata alla decorrenza del contratto e si incrementa in funzione del tempo trascorso.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Polizza	Documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio	Importo che il Contraente versa a Generali Italia.
Proposta di assicurazione	Documento o modulo firmato dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta a Generali Italia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.
Questionario sanitario	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che Generali Italia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Ricorrenza annuale del contratto	Anniversario della data di decorrenza.
Sovrappremio	Maggiorazione di premio richiesta da Generali Italia nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio.

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Art. 1 Oggetto del contratto

WHITE COLLARS DREAD DISEASE è un contratto assicurativo in forma collettiva, stipulato dal Contraente (→ **Definizioni**) datore di lavoro per **la copertura del rischio di malattia grave dei propri dipendenti**, secondo quanto previsto dalle disposizioni dei **Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria o degli Accordi e/o Regolamenti Aziendali**.

A fronte dei premi versati dal Contraente su ogni posizione individuale, Generali Italia paga all'Assicurato (→ **Definizioni**) in qualità di Beneficiario (→ **Definizioni**) **una prestazione in forma di capitale in euro** nel caso di insorgenza di una delle malattie gravi tra quelle di seguito elencate (→ **Art. 2 Prestazione**), successivamente alla decorrenza della posizione ed entro la scadenza della stessa, che abbia determinato uno stato di invalidità permanente di grado superiore al 5%.

Art. 2 Prestazione

All'inizio di ogni anno assicurativo (→ **Definizioni**), il Contraente comunica a Generali Italia i capitali da assicurare per ogni singola posizione individuale.

I **capitali assicurati** sono stabiliti da Accordi e/o Regolamenti aziendali, rispondenti a criteri oggettivi, uniformi e indipendenti dalla volontà dei singoli Assicurati.

Generali Italia si riserva di accettare un capitale assicurato per ogni posizione individuale inferiore a **€ 5.000** o superiore a **€ 150.000** e, in quest'ultimo caso, di fissare particolari condizioni di accettazione del rischio.

Dopo il pagamento della prestazione **la posizione assicurativa si estingue**: nessuna ulteriore prestazione è prevista alla diagnosi di una seconda malattia grave.

Malattie gravi

Sono considerate malattie gravi le seguenti patologie, a condizione che a seguito delle stesse, si sia instaurato uno stato di invalidità permanente di grado superiore al 5%:

- cancro
- chirurgia dell'aorta
- chirurgia delle valvole cardiache
- chirurgia di by-pass aorto-coronarico
- ictus
- sindrome coronarica acuta
- insufficienza renale
- trapianto degli organi principali

Cancro

Presenza di tumore maligno, caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale.

La diagnosi di cancro deve essere certificata dallo specialista di competenza e supportata dall'esame istologico o da accertamento diagnostico certo.

Chirurgia dell'aorta

Intervento chirurgico per malattia dell'aorta per via toracotomica o laparotomica che comporti ricostruzione o asportazione dell'aorta malata e la sua sostituzione con una protesi. Per aorta si intende l'aorta toracica e quella addominale ma non i suoi rami. La garanzia è estesa anche a interventi chirurgici dell'aorta eseguiti usando solo tecniche di chirurgia endovascolare.

Chirurgia delle valvole cardiache

Intervento chirurgico per sostituire o riparare una o più valvole cardiache in conseguenza di disfunzione o anormalità delle stesse.

La diagnosi di anormalità delle valvole cardiache deve essere evidenziata da cateterismo o ecocardiogramma e l'intervento chirurgico deve essere considerato necessario da parte di un cardiologo.

Chirurgia di by-pass aorto-coronarico

Intervento chirurgico di by-pass aorto-coronarico per correggere o trattare una malattia coronarica.

Ictus

Esordio acuto di deficit neurologico focale dovuto ad un accidente cerebrovascolare che includa un infarto del tessuto cerebrale, una emorragia da un vaso intracranico o una embolizzazione da una sorgente extracranica e che sia associato a tutti i seguenti esiti:

- durata dei sintomi/segni superiore a 24 ore;
- perdita permanente della funzione motoria e sensitiva, o perdita della parola;
- danno neurologico permanente.

Uno specialista neurologo deve confermare l'evidenza del danno neurologico permanente dopo un periodo di almeno 180 giorni dalla data dell'evento. I danni neurologici devono essere confermati da tecniche di imaging come la TAC o la RMN. Per danno neurologico permanente si intende che, dopo 180 giorni dalla prima diagnosi dell'ictus, l'aderente presenta almeno una delle seguenti condizioni irreversibili confermate da un neurologo:

- perdita d'uso completa e permanente di due o più arti
- disturbo organico o funzionale della masticazione e deglutizione che rende l'aderente incapace di mangiare cibi solidi, escludendo cause di natura dentaria
- inabilità permanente a svolgere senza assistenza almeno 3 delle seguenti attività della vita quotidiana:
 - fare il bagno o la doccia
 - vestirsi e svestirsi
 - andare alla toilette e mantenere adeguati livelli di igiene personale
 - controllare volontariamente le funzioni intestinali e urinarie
 - sedersi ed alzarsi dalla sedia e sdraiarsi ed alzarsi dal letto
 - bere o mangiare cibi già preparati

Sindrome coronarica acuta

Definita sulla base dell'evidenza documentata di necrosi miocardica nell'ambito di un quadro di ischemia. Gli accertamenti diagnostici devono certificare il riscontro dell'aumento significativo dei marcatori biochimici cardiaci (specialmente la troponina T/I) unitamente a uno o più dei seguenti fattori:

- sintomi di ischemia;
- variazioni elettrocardiografiche peculiari di ischemia miocardica (STEMI, NSTEMI), dell'onda T o comparsa di blocco di branca sinistro completo;
- presenza di onda Q;
- riscontro di nuove alterazioni della cinetica parietale ventricolare all'eco-color-doppler cardiaco;
- riscontro di trombosi coronarica all'accertamento coronarografico.

La diagnosi deve essere certificata da uno specialista cardiologo che ne attesti il percorso clinico-strumentale mediante relazione dettagliata e supportata da adeguata documentazione.

Insufficienza renale

Insufficienza renale terminale che si presenta come un'insufficienza cronica irreversibile di entrambi i reni, in conseguenza della quale viene istituita la dialisi cronica regolare.

Trapianto degli organi principali

Ricevere un trapianto tra esseri umani (o essere inserito in una lista di attesa ufficiale) di:

- midollo osseo usando cellule staminali ematopoietiche preceduto da ablazione totale del midollo osseo;
- uno dei seguenti organi: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, piccolo intestino (duodeno, digiuno, ileo), a causa della disfunzionalità totale e irreversibile dell'organo.

La necessità del trapianto deve essere certificata da uno specialista chirurgo.

L'insorgenza della malattia si intende stabilita come segue:

- per il cancro e la sindrome coronarica acuta: la data della diagnosi
- per le chirurgie dell'aorta, delle valvole cardiache e di by-pass aortocoronarico: la data dell'intervento chirurgico
- per l'ictus: la data dell'esordio acuto
- per l'insufficienza renale: la data d'inizio della dialisi cronica regolare
- per il trapianto degli organi principali: la data del trapianto o la data di inserimento nella lista di attesa ufficiale.

Per le esclusioni relative alle singole malattie si veda l'art. 4.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 3 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone che alla sottoscrizione del contratto hanno un'età assicurativa (→**Definizioni**) inferiore a 18 anni e superiore a 70 anni.

L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli Assicurati che hanno superato i 70 anni di età assicurativa.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 4 Esclusioni

L'assicurazione vale per qualunque causa, con le seguenti esclusioni.

Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione **le malattie gravi causate da:**

- anomalie congenite o esiti di infortuni o malattie che si sono manifestati, o sono stati diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima dell'entrata in vigore della posizione assicurativa;
- lesioni e/o malattie intenzionalmente procurati dall'assicurato stesso, tentato suicidio, volontario rifiuto di seguire prescrizioni mediche o esposizione volontaria al pericolo;
- abuso di alcool, droghe o altre sostanze tossiche;
- eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni.

Per le **singole malattie gravi** valgono, inoltre, le seguenti esclusioni:

Cancro

Sono esclusi i seguenti tumori:

- tumori che presentano le caratteristiche del carcinoma in situ (inclusa la displasia della cervice uterina CIN-1, CIN-2 e CIN-3) o che sono istologicamente descritti come premaligni o non-invasivi;
- tutti i tumori della pelle, incluse le ipercheratosi, i carcinomi basocellulari, i carcinomi a cellule squamose ed i melanomi di stadio IA o inferiore nella classificazione TNM (massimo spessore R 1.0 mm, senza ulcerazioni) secondo la nuova classificazione 2002 dell'American Joint Committee of Cancer, senza metastasi;
- tumori che non minacciano la vita, come ad esempio i tumori della prostata descritti istologicamente nella classificazione TNM come T1(a) o T1(b) ma non T1(c) o di stadio equivalente o inferiore in un'altra classificazione, la leucemia linfocitica cronica di stadio inferiore al RAI 1, il morbo di Hodgkin allo stadio 1.

Chirurgia dell'aorta

Sono esclusi gli interventi chirurgici subiti in conseguenza di lesioni traumatiche dell'aorta.

Chirurgia delle valvole cardiache

È esclusa la sostituzione di protesi valvolari.

Chirurgia di by-pass aorto-coronarico

Sono esclusi l'angioplastica, l'impianto di stent o qualsiasi altra procedura percutanea o non chirurgica.

Ictus

Sono esclusi dalla garanzia per l'ictus:

- attacchi ischemici transitori;
- gli accidenti che portino solo a cambiamenti nella memoria o nella personalità;
- sintomi cerebrali dovuti a emicrania;
- lesioni cerebrali secondarie ad un trauma o ad ipossia;
- una malattia vascolare ischemica che interessa l'occhio od il nervo ottico od il sistema vestibolare.

Sindrome coronarica acuta

Sono esclusi dalla garanzia:

- angina pectoris stabile;
- angina instabile;
- sindrome coronarica indotta da sostanze stupefacenti;
- sindrome di Tako-Tsubo.

Insufficienza renale

Sono escluse le forme che non rendono necessaria la dialisi cronica regolare.

Trapianto degli organi principali

È escluso dalla garanzia il trapianto di qualsiasi altro organo, di parti di organo o di qualsiasi altro tessuto o cellule.

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art. 5 Dichiarazioni

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte di Generali Italia, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere **veritiere, esatte e complete**.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato può comportare la rettifica dei premi, ossia il loro ricalcolo sulla base dell'età corretta o l'eventuale risoluzione del contratto.

Quando sono richieste all'assicurando dichiarazioni sul proprio stato di salute (→ **Art. 7 Documentazione assuntiva**), in caso di dichiarazioni inesatte o reticenze relative a circostanze per le quali Generali Italia non avrebbe dato il suo consenso alla copertura della posizione individuale, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, Generali Italia ha diritto:

- a) quando esiste dolo o colpa grave¹:
 - di annullare la copertura relativa alla posizione individuale entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - di rifiutare qualsiasi pagamento se la denuncia della malattia grave avviene prima che sia decorso il termine sopra indicato;
- b) quando non esiste dolo o colpa grave²:
 - di recedere dalla posizione individuale entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - di ridurre le prestazioni in proporzione della differenza tra il premio pattuito e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, se la denuncia della malattia grave avviene prima che Generali Italia abbia conosciuto il vero stato delle cose o abbia dichiarato di voler recedere dal contratto.

Il contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni vigenti in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza o di sede in Italia rilasciata dal Contraente in occasione della sottoscrizione.

Il Contraente si impegna a comunicare entro 30 giorni a Generali Italia lo spostamento di residenza o di sede in altro Stato dell'Unione Europea. In caso di inadempimento, il Contraente è responsabile per ogni eventuale danno causato a Generali Italia, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza.

Art. 6 Ingresso e uscita dall'assicurazione

Ai fini dell'ingresso in assicurazione, il Contraente presenta a Generali Italia l'elenco delle persone da includere in assicurazione precisando per ciascuna di esse: cognome, nome, sesso, data di nascita, codice fiscale e capitale da assicurare o, in alternativa, il premio da versare.

Il Contraente fornisce inoltre ogni documentazione richiesta da Generali Italia.

La copertura individuale è subordinata:

- al versamento del premio di assicurazione entro 30 giorni dalla data di emissione della quietanza;
- alle eventuali dichiarazioni rese dall'assicurando al momento dell'ingresso in assicurazione;
- all'esito favorevole degli eventuali accertamenti sanitari previsti.

La copertura individuale cessa automaticamente alla data di risoluzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato, di cui il Contraente deve dare tempestiva comunicazione a Generali Italia indicando gli estremi della posizione individuale.

Se l'uscita dall'assicurazione avviene prima della ricorrenza annuale del contratto (→ **Definizioni**) per motivi diversi dall'evento assicurato, Generali Italia restituisce al Contraente la quota del premio annuo anticipato relativa al periodo per il quale la copertura non è più operante.

¹ Art. 1892 del Codice Civile

² Art. 1893 del Codice Civile

Art. 7 Documentazione assuntiva

In relazione all'entità del capitale da assicurare per ciascun assicurando, per l'accettazione in copertura è necessario presentare:

Capitale assicurato	Documentazione da presentare per ciascun assicurando
Fino a € 10.000	Nessuna documentazione assuntiva
Superiore a € 10.000 e fino a € 100.000	<ul style="list-style-type: none">Modulo per l'assicurazione White Collars Dread Disease (Allegato III) compilato e sottoscritto dall'assicurando oppureQuestionario sanitario (Allegato IV), <u>se l'assicurando non può sottoscrivere le dichiarazioni del Modulo (Allegato III)</u>
Superiore a € 100.000 e fino a € 150.000	<ul style="list-style-type: none">Modulo per l'assicurazione White Collars Dread Disease (Allegato III)Questionario sanitario (Allegato IV)

Generali Italia può richiedere la presentazione di accertamenti ridotti, in relazione alla numerosità del gruppo da assicurare o in relazione alle attività normalmente svolte da ciascun assicurando.

La documentazione contrattualmente prevista necessaria per l'accettazione in assicurazione va presentata entro 30 giorni dalla data di ingresso in copertura indicata dal Contraente.

Generali Italia, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa si riserva, in base alle risultanze di tali documenti e comunque a suo insindacabile giudizio, di richiedere **ulteriore** documentazione sanitaria, di fissare eventuali particolari condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio, dandone notizia al Contraente. L'eventuale ulteriore documentazione va presentata entro 30 giorni dalla data di richiesta della stessa da parte di Generali Italia.

Se il Contraente non presenta la documentazione nei termini indicati, la richiesta di copertura si intende **revocata** e priva di effetto dall'origine, restando escluso qualsiasi obbligo di Generali Italia verso l'assicurando.

L'eventuale sovrappremio (→ **Definizioni**) richiesto è applicato al capitale assicurato dalla data di decorrenza della copertura.

Se Generali Italia non si esprime entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa (comprese eventuali integrazioni), il rischio si ritiene accettato con effetto dalla data di ingresso in copertura indicata dal Contraente.

Art. 8 Quietanza dei premi e Appendice-distinta

In occasione di ciascun versamento di premio per una o più posizioni individuali, Generali Italia rilascia al Contraente la relativa quietanza, accompagnata da un'Appendice-distinta facente parte integrante del contratto, nella quale sono elencati gli Assicurati, i capitali e i premi previsti per ognuno.

Il Contraente deve comunicare a Generali Italia **entro 30 giorni** dal ricevimento dell'Appendice-distinta eventuali rilievi sui dati in essa evidenziati. In mancanza di rilievi, l'Appendice-distinta si intende controllata e ritenuta esatta.

Su preventiva ed esplicita richiesta del Contraente, Generali Italia rilascia annualmente la certificazione necessaria ai fini fiscali in base alle normative in materia.

Art. 9 Richieste di pagamento

Le richieste di pagamento devono essere inviate in forma scritta a Generali Italia³ o all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, accompagnate da:

- documento di identità e codice fiscale del richiedente (se non già presentati e scaduti);
- relazione del medico curante (medico di medicina generale oppure medico specialista) sulla malattia o un suo aggravamento rispetto a precedenti richieste non riconosciute da Generali Italia⁴;

³ La comunicazione va inviata a Generali Italia S.p.A. via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto (TV).

⁴ È possibile utilizzare un modulo messo a disposizione da Generali Italia.

- lettera di dimissione ospedaliera o certificato dello specialista da cui risulta la diagnosi della malattia la data d'insorgenza, l'origine incidentale o patologica e le informazioni clinico-strumentali idonee a classificare la malattia tra quelle oggetto di assicurazione;
- ulteriore documentazione sanitaria eventualmente richiesta da Generali Italia.

Le informazioni per la redazione delle richieste si possono trovare sul sito www.generali.it e presso le Agenzie.

Art. 10 Denuncia, accertamento e riconoscimento della malattia grave

L'Assicurato o un suo rappresentante sono tenuti a **denunciare** per iscritto, a Generali Italia o all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, la malattia grave **entro 90 giorni** dalla data di diagnosi della stessa, allegando la documentazione prevista dall'Art. 9 (**Richieste di pagamento**).

Trascorso questo termine, Generali Italia si riserva il diritto di non pagare il capitale assicurato.

L'Assicurato deve essere in vita al momento della presentazione della denuncia.

Dalla data di ricevimento della documentazione completa (**data di denuncia**) decorre il periodo di accertamento da parte di Generali Italia che, in ogni caso, non può superare i 30 giorni.

Ai fini dell'accertamento, l'Assicurato deve consentire a Generali Italia tutte le indagini e visite mediche che essa ritiene necessarie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Ultimati i controlli medici Generali Italia comunica per iscritto al Contraente, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno la prestazione. Entro il medesimo periodo, Generali Italia esegue il pagamento della prestazione se riconosciuta; dopo tale termine sono dovuti gli interessi legali.

Se nel corso del periodo di accertamento sopraggiunge il decesso dell'Assicurato e Generali Italia riconosce il diritto alla prestazione, questa è pagata agli eredi dell'Assicurato.

A partire dalla data di denuncia della malattia grave, i versamenti delle rate di premio dovute sono sospesi.

In caso di mancato riconoscimento della prestazione, Generali Italia informa il Contraente che il piano dei versamenti è riattivato. Il Contraente è tenuto a corrispondere le eventuali rate di premio sospese senza interessi.

Art. 11 Arbitrato

In caso di controversie di natura medica, ciascuna delle parti (Generali Italia e l'Assicurato o un suo legale rappresentante) può demandare per iscritto la decisione a un confronto tra un medico fiduciario di Generali Italia e un medico nominato dall'Assicurato. L'accordo è vincolante per le parti. In caso di disaccordo sui punti controversi, i due medici possono nominarne un terzo con il consenso delle parti. Se i due medici non si accordano sulla nomina del terzo, tale nomina, anche su istanza di una sola delle parti, è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa nominato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico (composto dai 3 medici) sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo 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 si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 12 Premi di assicurazione

Il Contraente s'impegna, per ciascun assicurando e all'inizio di ogni anno assicurativo, a versare il premio monoannuale di assicurazione, calcolato in base al sesso, all'età assicurativa raggiunta alla data di decorrenza o di ricorrenza annuale dell'assicurazione e al relativo capitale assicurato. Il calcolo del premio è dettagliato nell'**Allegato I**.

Nel caso di assicurazioni di durata inferiore all'anno, il premio è calcolato in proporzione ai giorni di durata della copertura.

Art. 13 Mezzi di versamento del premio

I premi possono essere versati all'agenzia di riferimento oppure a Generali Italia.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- P.O.S. o, ove disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico;
- bollettino postale intestato a Generali Italia o all'intermediario, espressamente in tale qualità, su conto corrente postale dedicato⁵;
- assegno circolare intestato a Generali Italia o all'intermediario, espressamente in tale qualità, con clausola di intrasferibilità;
- assegno bancario o postale intestato a Generali Italia o all'intermediario, espressamente in tale qualità, con clausola di intrasferibilità;
- bonifico bancario su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto dedicato dell'intermediario;
- altre modalità offerte dal servizio bancario o postale;
- impiego di importi di altra/e polizza/e pagati in pari data da Generali Italia.

Non è possibile versare i premi in contanti.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 14 Durata

Il **contratto** ha una durata minima di 1 anno e massima di 5 anni a partire dalla data di decorrenza.

Il contratto si rinnova automaticamente alla scadenza, di anno in anno, salvo disdetta comunicata a mezzo PEC o lettera raccomandata A.R. dal Contraente o da Generali Italia **almeno 3 mesi prima della scadenza stessa**.

Ciascuna posizione individuale ha durata pari ad 1 anno (o inferiore ad 1 anno, per ingressi in assicurazione in data diversa dalla decorrenza del contratto o dalla sua ricorrenza annuale) e si rinnova automaticamente di anno in anno fino al verificarsi di una delle seguenti situazioni:

- scadenza del contratto, a seguito di disdetta;
- superamento dei 70 anni di età assicurativa dell'Assicurato.

Ciascuna posizione individuale si estingue immediatamente al verificarsi di una delle seguenti situazioni, di cui il Contraente deve dare tempestiva comunicazione (→ **Art. 6 Ingresso e uscita dall'assicurazione**):

- risoluzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato;
- decesso dell'Assicurato.

Art. 15 Conclusione del contratto ed entrata in vigore delle posizioni

Conclusione del contratto

Il contratto è concluso quando Generali Italia ha sottoscritto e consegnato al Contraente la polizza (→ **Definizioni**), a fronte della ricezione della proposta di assicurazione.

Entrata in vigore delle posizioni

Per ciascuna posizione individuale la copertura assicurativa decorre dalla data richiesta dal Contraente ed è subordinata alle condizioni di cui ai precedenti Art. 6 (**Ingresso e uscita dall'assicurazione**) e Art. 7 (**Documentazione assuntiva**).

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?

Art. 16 Interruzione del versamento dei premi: risoluzione

Il Contraente può risolvere il contratto sospendendo il versamento dei premi.

Il mancato versamento di una annualità di premio determina, trascorsi 30 giorni dalla data di rinnovo delle posizioni assicurative, la risoluzione del contratto.

⁵ Si tratta del conto separato, previsto ai sensi dell'art. 117 "Separazione patrimoniale" del D.Lgs. 209/2005 – Codice delle Assicurazioni, nonché ai sensi dell'art. 63 "Obbligo di separazione patrimoniale" del Regolamento IVASS 40/2018, che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.

QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Art. 17 Costi

Caricamenti sui premi		Quota parte percepita dall'intermediario
Costo di gestione	8,0%	0,0%
Costo di acquisizione	12,0%	100,0%

Qualora sia richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica il relativo costo, pari alla tariffa applicata dal medico o dalla struttura cui si è rivolto l'Assicurato stesso, è a carico del Contraente.

SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI? SÌ NO

Art. 18 Riscatto e riduzione

Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI AL CONTRATTO

Art. 19 Beneficiario

Il Beneficiario della prestazione garantita dal presente contratto è l'Assicurato stesso.

Art. 20 Non pignorabilità e non sequestrabilità

Nei limiti di legge⁶ le somme dovute da Generali Italia al Contraente o al Beneficiario non possono essere pignorate né sequestrate.

Art. 21 Foro competente

Per le controversie relative al contratto, il Foro competente può essere esclusivamente quello della sede, o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o del Beneficiario o di loro aventi causa (cioè chi acquisisce un diritto che prima spettava ad altri).

Per queste controversie, l'azione giudiziale è possibile dopo aver tentato la mediazione depositando un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice competente per territorio di cui al comma precedente⁷.

Le istanze di mediazione nei confronti di Generali Italia devono essere inoltrate per iscritto a:

Generali Italia S.p.A.

Via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto (TV)

e-mail: generali_mediazione@pec.generaligroup.com

Art. 22 Informativa dati personali

Il Contraente si impegna a fornire agli assicurati l'Informativa Contrattuale, di cui alla normativa sulla privacy (Regolamento UE N. 679/2016 - GDPR), predisposta da Generali Italia. Inoltre, se è previsto il trattamento dei dati particolari degli assicurati, il Contraente si impegna ad acquisire e trasmettere a Generali Italia il consenso degli assicurati al trattamento dei dati stessi. In questo caso il Contraente provvede ad adottare modalità di acquisizione e trasmissione di tali dati particolari, che non consentono al Contraente di prenderne visione e ne garantiscono la riservatezza.

Il Contraente si obbliga a tenere indenne Generali Italia da ogni eventuale danno causato dal mancato rispetto di quanto sopra e, in ogni caso, dall'inosservanza della normativa sulla privacy da parte del Contraente stesso.

Art. 23 Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali

Generali Italia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa o pagare la prestazione espone Generali Italia S.p.A. a sanzioni anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

⁶ Art. 1923 del Codice Civile.

⁷ Artt. 4 e 5 del D.Lgs. 4.3.2010, così come modificato dalla Legge 9.8.2013 n. 98.



Art. 24 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

ALLEGATO I

Premio annuo di assicurazione per € 1,00 di capitale assicurato.

Età	Premio Maschi	Premio Femmine
18	0,00034	0,00034
19	0,00034	0,00034
20	0,00034	0,00034
21	0,00034	0,00034
22	0,00034	0,00034
23	0,00034	0,00034
24	0,00034	0,00034
25	0,00034	0,00034
26	0,00038	0,00037
27	0,00038	0,00042
28	0,00044	0,00050
29	0,00046	0,00053
30	0,00048	0,00056
31	0,00053	0,00058
32	0,00059	0,00067
33	0,00068	0,00078
34	0,00077	0,00084
35	0,00086	0,00092
36	0,00096	0,00105
37	0,00108	0,00124
38	0,00132	0,00136
39	0,00153	0,00156
40	0,00180	0,00171
41	0,00223	0,00190
42	0,00275	0,00208
43	0,00333	0,00221
44	0,00413	0,00253
45	0,00467	0,00277
46	0,00541	0,00300
47	0,00616	0,00332
48	0,00697	0,00364
49	0,00735	0,00396
50	0,00802	0,00415
51	0,00908	0,00452
52	0,00987	0,00473
53	0,01116	0,00519
54	0,01197	0,00538
55	0,01251	0,00577
56	0,01304	0,00602
57	0,01421	0,00640
58	0,01517	0,00686
59	0,01634	0,00735
60	0,01676	0,00774
61	0,01773	0,00827
62	0,01888	0,00906
63	0,01997	0,00969
64	0,02166	0,01048
65	0,02381	0,01175
66	0,02589	0,01184
67	0,02886	0,01314
68	0,03247	0,01468
69	0,03682	0,01648
70	0,04205	0,01858

ALLEGATO II – DOCUMENTAZIONE ASSUNTIVA

In riferimento a quanto previsto all'art. 7 delle Condizioni di assicurazione e in relazione all'entità del capitale da assicurare per ciascun assicurando, per l'accettazione in copertura è necessario presentare:

- per un capitale assicurato **inferiore o uguale a € 10.000 nessuna documentazione;**
- per un capitale assicurato superiore a € **10.000** e fino a € **100.000**, il Modulo per l'assicurazione Dread Disease (**Allegato III**), compilato e sottoscritto dall'assicurando, o il Questionario sanitario (**Allegato IV**) se l'assicurando non può sottoscrivere le dichiarazioni del Modulo;
- per un capitale assicurato **superiore a € 100.000,00 e fino a € 150.000,00**, il Modulo per l'assicurazione Dread Disease (**Allegato III**) e il Questionario sanitario (**Allegato IV**).

Il Contraente è tenuto a comunicare a Generali Italia l'esistenza di ogni altra polizza assicurativa per malattia grave dei medesimi dipendenti, da esso stesso stipulata o di cui è a conoscenza.

Generali Italia terrà conto delle eventuali altre polizze stipulate per la valutazione del rischio e per l'individuazione della somma sotto rischio complessiva.

I costi degli accertamenti sanitari e degli esami effettuati sono a totale carico del Contraente.

Contratto n.

MODULO PER L'ASSICURAZIONE WHITE COLLARS DREAD DISEASE

DATI ANAGRAFICI

Cognome Nome Sesso: M F

Luogo e data di nascita:

Codice Fiscale:

Azienda di appartenenza:

Professione dell'assicurando (specificare dettagliatamente):
.....

Dichiarazioni dell'assicurando

Il sottoscritto assicurando:

1. dichiara di essere a conoscenza, anche con riferimento a quanto disposto dall'art. 1919 del Codice Civile, che il presente Modulo deve servire esclusivamente per la sua ammissione al contratto collettivo stipulato dal Contraente con Generali Italia S.p.A.;
2. dichiara di NON essere titolare di assegno di invalidità/pensione di inabilità, di NON avere in corso pratiche per il riconoscimento di invalidità/inabilità, di NON aver ottenuto il riconoscimento di invalidità/inabilità;
3. dichiara di non soffrire e di non aver sofferto di malattie che si siano manifestate o che abbiano necessitato di trattamento, cure e/o controlli negli ultimi 5 anni (ad eccezione delle sindromi influenzali o da raffreddamento, delle malattie esantematiche dell'infanzia, di interventi di chirurgia estetica, di forme allergiche non complicate, di cefalee muscolo-tensive e di ricoveri avvenuti con completa guarigione per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia);
4. dichiara di essere capace di svolgere i seguenti "atti elementari della vita quotidiana": farsi il bagno o la doccia, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare.

Luogo e Data

Firma dell'assicurando



Qualora l'assicurando non possa sottoscrivere le dichiarazioni di questo Modulo, è necessaria la compilazione integrale del Questionario Sanitario (Allegato IV).

Avvertenze relative ai questionari:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti da Generali Italia, l'assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.

L'assicurando dovrà firmare il consenso al trattamento assicurativo di dati particolari.

Contratto n.

QUESTIONARIO SANITARIO

Dati Anagrafici

Cognome e Nome **Data di nascita**/...../.....

Sesso: M F **Codice Fiscale**

Dipendente di (*)

(*) indicare il Contraente del Contratto collettivo o l’Azienda associata

Professione dell’assicurando (specificare dettagliatamente):
.....

È nell’interesse dell’assicurando non tacere notizie sul proprio stato di salute: l’occultamento delle stesse (malattia, interventi chirurgici, esiti di esami, invalidità, ecc.) espone i Beneficiari della polizza al rischio di contestazione circa il pagamento delle somme assicurate (artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

BARRARE SÌ o NO

1. Indicare peso ed altezza attuali: **Peso** kg. **Altezza** cm.

2. Fuma o ha mai fumato? **SÌ** **NO**
Se SÌ, indicare la quantità giornaliera e il periodo

3. Beve più di quattro bicchieri di alcolici al giorno? **SÌ** **NO**
Se SÌ, indicare la quantità giornaliera e il periodo

4. È incapace di svolgere i seguenti “atti elementari della vita quotidiana”: farsi il bagno o la doccia, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare? **SÌ** **NO**
Se SÌ, indicare quali

Cause ed eventuale patologia

Limitazioni alla vita quotidiana (es: fare la spesa, guidare l’automobile, prepararsi da mangiare, fare pulizie, maneggiare denaro, praticare i suoi hobbies, svolgere attività sportiva, seguire correttamente una terapia medica, telefonare, ...)

SOFFRE O HA MAI SOFFERTO DI

5. Diabete? **SÌ** **NO**
Se SÌ, indicare, diabete tipo 1 o diabete tipo 2

Data diagnosi

Valori recenti di glicemia Emoglobina glicata

Eventuali complicazioni/ricoveri **SÌ** **NO**

Se SÌ, indicare quali

Terapia eseguita e/o in corso (indicare se insulino dipendente)

6. Malattie coronariche? **SÌ** **NO**
Se SÌ, indicare data diagnosi

Evento acuto che ha condotto alla diagnosi (infarto, angina etc.)

Numero di vasi coinvolti (monovasale, bivasale o trivasale)

Eventuali complicanze (aritmie, cardiomiopatie, valvulopatie, pace maker/defibrillatore etc.) **SÌ** **NO**

Se SÌ, indicare quali

Intervento chirurgico/ricoveri? **SÌ** **NO**

Se SÌ, indicare quando e il motivo

Terapia eseguita e/o in corso

7. Ipertensione arteriosa? **SÌ** **NO**

Se SÌ, indicare data diagnosi

Terapia eseguita e/o in corso

È in compenso farmacologico? **SÌ** **NO**

Valori pressori attuali: Max. Min.

8. Tumori? **SÌ** **NO**

Se SÌ, indicare se maligno o benigno

Data diagnosi Data eventuale asportazione

Localizzazione

Stadiazione TNM/Grado

Eventuali recidive **SÌ** **NO**

Se SÌ, indicare quando e il tipo di recidiva

Tipo di trattamento

9. Epatite B e C? **SÌ** **NO**

Se SÌ, indicare i valori recenti di:

ALFA FETO PROTEINA:..... AST:ALT:.....

GAMMA GT:

Data diagnosi:

Eventuali complicanze (fibrosi, cirrosi, tumori...): **SÌ** **NO**

Se SÌ, indicare quali:

Stato attuale/eventuale guarigione:

Terapia eseguita e/o in corso:

- Se affetto da Epatite B, indicare valori recenti di:

HBsAg: HBV DNA: HBeAg:

- Se affetto da Epatite C, indicare valori recenti di:

HCV: HCV RNA

10. Soffre o ha sofferto di malattie o menomazioni fisiche non rientranti nelle categorie sopra elencate? **SÌ** **NO**

(NON INDICARE sindromi influenzali o da raffreddamento, delle malattie esantematiche dell'infanzia, di interventi di chirurgia estetica, di forme allergiche che non necessitano di terapia, di cefalee muscolo-tensive e di ricoveri avvenuti con completa guarigione per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia).

Se SÌ, indicare quali

Grado/forma/stadio

Epoca e durata

Quale terapia segue o ha seguito

Esito dell'ultimo esame eseguito in relazione alla malattia sofferta

11. Si è mai sottoposto ad esami clinico/strumentali (analisi di laboratorio, visite specialistiche, altro) che abbiano rivelato situazioni NON normali negli ultimi 5 anni? **SÌ** **NO**

Se SÌ, indicare quali

Epoca

Esito:

12. È mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali o strutture simili per interventi chirurgici, procedure invasive, per semplici accertamenti o esami biotici? **SÌ** **NO**

Oppure si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapie a base di emoderivati? **SÌ** **NO**

(NON INDICARE ricoveri avvenuti da oltre un mese, con completa guarigione, per appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parto e colecistectomia non dovuta a neoplasia).

Se SÌ, indicare quando

Motivo

Durata

Esito

13. È o è stato titolare di assegno di invalidità/pensione di inabilità oppure ha in corso pratiche per il riconoscimento di invalidità / inabilità? **SÌ** **NO**

Se SÌ, indicare Ente

Data del riconoscimento o della richiesta

Motivo

Grado di invalidità

14. Indicare Cognome e Nome del Medico curante

Il sottoscritto assicurando:

- dichiara, per ogni conseguente effetto, che le risposte e le informazioni in ordine ed ogni singola domanda del questionario sono complete, veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in ordine al questionario stesso sulla base del quale verrà prestata la copertura e di assumersi in proprio la paternità e la responsabilità delle risposte, anche nel caso in cui, secondo le indicazioni del sottoscritto medesimo, altri ne abbia curato la materiale compilazione. Il sottoscritto è consapevole e dà atto che tutte le risposte e le informazioni fornite con il questionario sopra riportato sono essenziali ai fini della stipula del contratto, poiché in base alle stesse Generali Italia determina le condizioni di assicurabilità del rischio;
- conferma pertanto che le stesse informazioni e risposte sono assolutamente veritiere ed esatte e di non aver taciuto, omessa o alterata alcuna circostanza in relazione a quanto richiesto, assumendo ogni responsabilità delle risposte, anche se scritte da altri;
- proscioglie dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente modulo, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, Enti o Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, Generali Italia credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione o documentazione;
- prende atto che, in presenza di condizioni di non assicurabilità/esclusioni, il Contraente/datore di lavoro verrà informato sull'esito della valutazione del rischio.

(Luogo e data)

(Nome e Cognome leggibile)

(Firma)

L'assicurando dovrà firmare il consenso al trattamento assicurativo di dati comuni e particolari.

ULTERIORE DOCUMENTAZIONE IN CASO DI RISPOSTE AFFERMATIVE NELL'ALLEGATO IV

In caso di risposta affermativa al punto 5 (diabete), integrare l'allegato IV con la seguente documentazione:

- visita diabetologica recentemente effettuata, con indicazione della terapia in atto e follow up, completa di valori pressori, glicemia, emoglobina glicata, creatinina, azotemia, microalbuminuria, colesterolo totale, Hdl, LDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT, esame urine e completa di eventuali esami clinico-strumentali correlati.

In caso di risposta affermativa alla terza precisazione del punto 6 (malattie coronariche), integrare l'allegato IV con la seguente documentazione:

- lettera di dimissione relativa all'ultimo ricovero,
- visita cardiologica recente con diagnosi, prognosi e terapia in atto.

In caso di risposta affermativa al punto 8 (tumori), integrare l'allegato IV con la seguente documentazione:

- lettera di dimissioni relativa all'ultimo ricovero o intervento, con istologia e stadiazione TNM,
- ultime visite oncologiche effettuate con indicazione della diagnosi, della terapia, della situazione attuale, del follow-up corredate dagli esami clinico-strumentali eseguiti.

In caso di risposta affermativa al punto 9 (epatite B e C), integrare l'allegato IV con la seguente documentazione:

- visita gastroenterologica attestante stato attuale, data di infezione, eventuale terapia, eventuali complicanze e copia di ecografia epatica, fibroscan e biopsia epatica (se eseguite).

In caso di risposta affermativa al punto 10 (malattie o menomazioni fisiche non rientranti nelle categorie già elencate nell'allegato IV), qualora si tratti di:

- forme allergiche moderate e/o gravi, in cura con cortisonici, integrare l'allegato IV con la seguente documentazione:
 - spirometria,
- asma, integrare l'allegato IV con la seguente documentazione:
 - visita pneumologica che attesti il grado di severità dell'asma, la frequenza degli episodi e la terapia in atto,
 - spirometria,
- altre malattie/menomazioni fisiche diverse dalle precedenti:
 - Generali Italia si riserva di richiedere documentazione specifica a seconda del tipo di malattia/menomazione fisica indicata.

Vi facciamo presente fin da ora che, dall'esito della valutazione medica dell'intera documentazione, potrebbe risultare necessario richiedere degli ulteriori esami per una corretta valutazione del rischio.

