SCEGLI COL CUORE – PER CHI AMI

Assicurazione temporanea caso morte

Mod. GVSCCPCA - ed. 06/2025

Condizioni di assicurazione

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

Data ultimo aggiornamento: 30/06/2025

GENERALI

Pagina lasciata intenzionalmente libera

DEFINIZIONI

Definiamo i principali termini utilizzati:

Annualità assicurativa	La prima annualità assicurativa è il periodo tra la data di decorrenza e la prima ricorrenza annuale. Per le annualità assicurative successive è il periodo tra due consecutive ricorrenze annuali del contratto.
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.
Contraente	Persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi a versare i relativi premi.
Card	Documento digitale nominativo che attesta la possibilità di accedere, a condizioni agevolate, al network delle strutture mediche convenzionate disponibile all'interno dell'Area Clienti o App MyGenerali presente nel sito www.generali.it.
Data di decorrenza	Data indicata in polizza come data di inizio per il calcolo delle prestazioni contrattuali.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Network delle strutture mediche convenzionate o network	L'insieme delle strutture sanitarie (istituti di cura, ambulatori medici, studi dentistici e odontoiatrici) convenzionate con, o per il tramite di, Welion per conto di Generali Italia, a cui il contraente può rivolgersi per l'accesso alle prestazioni sanitarie o odontoiatriche.
Non fumatore	La persona che: - non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, e - se ha smesso di fumare, non l'ha fatto in seguito a consiglio medico a fronte di patologia.
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.
Recesso	Diritto del contraente di far cessare gli effetti del contratto.
Ricorrenza annuale del contratto	Anniversario della data di decorrenza.
Welion	GENERALI WELION S.C.A.R.L. con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132, capitale sociale Euro 10.000,00, interamente versato, iscritta al registro delle imprese di Venezia Giulia con partita IVA di Gruppo n. 01333550323, appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A., che in virtù di specifica convenzione, provvede, per conto e con costi a carico di Generali Italia, al contatto con il beneficiario del servizio per l'organizzazione ed erogazione, con le modalità ed entro i diversi limiti previsti nel contratto, dei servizi di prevenzione e consulenza di strutture mediche convenzionate.

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Art. 1 Oggetto del contratto

"Scegli col cuore – Per chi ami" prevede un'**assicurazione principale** per la quale, a fronte dei premi versati dal contraente (→ Definizioni)**,** in caso di decesso dell'assicurato **(**→ Definizioni) entro la scadenza del contratto, Generali Italia paga al beneficiario (→ Definizioni) una prestazione in euro.

La prestazione dell'assicurazione principale può essere integrata con delle **assicurazioni facoltative** che prevedono prestazioni **complementari**.

ASSICURAZIONE PRINCIPALE

Art. 2 Prestazione

Il capitale assicurabile minimo si determina, a partire da un premio (→ Definizioni) minimo di € 80, in base allo stato di non fumatore (→ Definizioni) o fumatore, all'età e alle dichiarazioni dell'assicurato (→ Definizioni) (→ art. 10) nonché agli eventuali accertamenti sanitari in sede di emissione.

Il capitale effettivamente assicurato è indicato in polizza (→ Definizioni) e rimane costante per tutta la durata del contratto.

Se alla scadenza l'assicurato è in vita, il contratto si risolve e i premi versati restano acquisiti da Generali Italia a fronte dell'assicurazione prestata.

ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI (FACOLTATIVE)

Art. 3 Assicurazioni complementari e norme comuni

Quando sottoscrive il contratto, il contraente può integrare la prestazione principale con una o più delle seguenti assicurazioni complementari facoltative:

- **"Tutela Salute"** - assicurazione in caso di malattia grave (→ art. 4)
- **"Tutela Plus"** - assicurazione temporanea caso morte accidentale con raddoppio in caso di morte per incidente stradale (ACMA-IS) (→ art. 5)
- **"Tutela Family Care"** (riservata ai Clienti iscritti al programma "Più Generali"[1]) - assicurazione temporanea caso morte dell'assicurato e di un suo familiare convivente a seguito del medesimo evento accidentale (→ art. 6).

Le assicurazioni complementari si risolvono, **non producono effetto** e i relativi premi versati sono acquisiti da Generali Italia:

- in caso di **sospensione del versamento** dei premi; in tal caso non è consentito il versamento dei soli premi relativi all'assicurazione principale e, pertanto, si determina la risoluzione dell'intero contratto
- alla relativa **scadenza** (→ art. 16), se l'assicurato è in vita o non è stato colpito da malattia grave
- in caso di annullamento del contratto a seguito di **dichiarazioni false o reticenti con dolo o colpa grave** (→ art. 10)
- in caso di **decesso dell'assicurato**, quando l'evento è stato causato da **delitto doloso** del contraente o del beneficiario (→ art. 9).

Le assicurazioni complementari operano solo se inserite in polizza.

Art. 4 "Tutela Salute" – Assicurazione in caso di malattia grave

Quando sottoscrive il contratto, il contraente può integrare la prestazione principale con l'assicurazione complementare "Tutela Salute" per il caso di malattia grave dell'assicurato.
In caso di una delle seguenti malattie gravi:

- cancro

[1] I termini e le condizioni d'uso del programma di fedeltà "Più Generali" sono disponibili sul sito www.generali.it.

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

insorta successivamente all'entrata in vigore del contratto o alla sua eventuale riattivazione, Generali Italia paga il capitale assicurato scelto dal contraente tra € 10.000, € 20.000, € 30.000 e € 40.000 (capitale massimo assicurabile, tenuto conto anche di eventuali altre polizze "Scegli col cuore – Per chi ami" con assicurazione complementare "Tutela Salute" aventi lo stesso assicurato). Il capitale assicurato non può in ogni caso superare il capitale assicurato della prestazione principale. Il beneficiario, per questa assicurazione complementare, coincide con l'assicurato.

L'**insorgenza** della malattia si intende stabilita come segue:

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

L'assicurazione vale qualunque sia la causa della malattia grave, se insorta successivamente alla conclusione del contratto, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'assicurato.

A seguito del pagamento del capitale assicurato in caso di malattia grave, nessuna ulteriore prestazione è prevista all'eventuale diagnosi di un'altra malattia grave e la relativa assicurazione si estingue.

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'assicurato 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'assicurato incapace di mangiare cibi solidi, escludendo cause di natura dentaria
- inabilità permanente a svolgere senza assistenza almeno tre 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, o
- 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.

Per le esclusioni relative alle singole malattie si veda l'art. 9.

Denuncia e accertamento della malattia grave

Il contraente deve, a pena di decadenza, inviare la denuncia di malattia grave, completa della documentazione prevista all'art. 11, a Generali Italia entro 3 mesi dalla data dell'insorgenza.

Si precisa che Generali Italia accetta la denuncia a condizione che l'assicurato sia in vita al momento della presentazione della denuncia stessa; se l'assicurato è già deceduto, Generali Italia accetta la denuncia solo se gli eredi dimostrano che l'insorgenza della malattia si è verificata nei 30 giorni precedenti la data del decesso.

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.

Decorso tale termine, se è successivamente riconosciuta l'insorgenza di una delle malattie gravi sopra indicate, sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso.

A partire dalla data di denuncia di malattia grave, i versamenti delle rate di premio dovute, relativi alla specifica copertura, sono sospesi.

In caso di mancato riconoscimento dell'insorgenza della malattia grave, i versamenti sono riattivati e il contraente, informato da Generali Italia, corrisponde le eventuali rate di premio sospese senza interessi.

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

Art. 5 "Tutela Plus" - Assicurazione temporanea caso morte accidentale con raddoppio in caso di morte per incidente stradale a capitale e premio annuo costanti (ACMA-IS)

Quando sottoscrive il contratto, il contraente può integrare la prestazione principale con l'assicurazione complementare "Tutela Plus", a capitale e premio annuo costanti, per il caso di decesso dell'assicurato per infortunio.

Se l'assicurato decede entro la scadenza dell'assicurazione "Tutela Plus" (→ art. 16) **in conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni oggettivamente constatabili per causa accidentale esterna (infortunio)** avvenuta dopo l'attivazione (o la riattivazione) dell'assicurazione complementare, Generali Italia paga al beneficiario il capitale complementare indicato in polizza, costante per tutta la durata del contratto. Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili, che hanno come conseguenza il decesso.

Il capitale complementare "Tutela Plus" è raddoppiato se il decesso dell'assicurato avviene per infortunio conseguente a incidente stradale.

Il capitale complementare minimo assicurabile è pari a € 5.000, mentre quello massimo è pari al capitale assicurato della prestazione principale con il limite di € 250.000.

Si applicano le disposizioni previste per l'assicurazione principale, se compatibili e se non derogate dalle esclusioni, limitazioni e altre norme specifiche dell'assicurazione complementare (→ artt. 8, 9, 11, 12, 16 e 20).

Art. 6 "Tutela Family Care" - Assicurazione temporanea caso morte accidentale a capitale e premio annuo costanti (decesso dell'assicurato e di un suo familiare convivente a seguito del medesimo infortunio)

Quando sottoscrive il contratto, il contraente può integrare la prestazione principale con l'assicurazione complementare "Tutela Family Care", a capitale e premio annuo costanti, per il caso di decesso per infortunio dell'assicurato e di almeno un componente del suo nucleo familiare convivente (persona che fa parte dello stesso stato di famiglia alla data dell'evento). L'assicurazione "Tutela Family Care" è **riservata agli iscritti al programma di fedeltà "Più Generali"**[2].

Se l'assicurato e almeno un componente del suo nucleo familiare convivente decedono entro la scadenza dell'assicurazione "Tutela Family Care" (→ art. 16), **in conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni oggettivamente constatabili derivanti dalla <u>medesima</u> causa accidentale esterna (infortunio)**, avvenuta dopo l'attivazione (o la riattivazione) dell'assicurazione complementare, Generali Italia paga al beneficiario il capitale complementare "Tutela Family Care" indicato in polizza, costante per tutta la durata del contratto. Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili, che hanno come conseguenza il decesso.

Il capitale complementare minimo assicurabile è pari a € 5.000, mentre quello massimo è pari al capitale assicurato della prestazione principale con il limite di € 250.000.

Si applicano le disposizioni previste per l'assicurazione principale, se compatibili e se non derogate dalle esclusioni, limitazioni e altre norme specifiche dell'assicurazione complementare (→ artt. 8, 9, 11, 12, 16 e 20).

[2] Vedi nota 1.

SERVIZI CORRELATI ALLA PREVENZIONE E ALLA SALUTE

Art. 7 W Benessere - Accesso al network di strutture mediche convenzionate

Il contraente persona fisica può accedere al network delle strutture mediche convenzionate (→ Definizioni) per effettuare visite mediche ed esami diagnostici a tariffe agevolate.

Il servizio è attivabile se i premi sono regolarmente versati.

Il contraente nell'Area Clienti del sito www.generali.it o nell'App MyGenerali può usufruire della funzionalità "Cerca strutture sanitarie" e visionare un elenco di strutture convenzionate selezionando tra:

- tipo di struttura medica (es. strutture sanitarie, centri odontoiatrici);
- indirizzo;
- specializzazione di interesse (es. ginecologia).

L'elenco delle strutture mediche convenzionate è disponibile anche all'indirizzo www.generali.it/strutture-convenzionate/strutture-mediche.

Una volta individuata la struttura medica convenzionata di proprio interesse all'interno del network, il contraente può prenotare in autonomia la visita contattando direttamente la struttura medica prescelta. Per usufruire delle tariffe agevolate è comunque sempre necessario identificarsi all'atto della prenotazione o dell'esecuzione della prestazione sanitaria prescelta, presentando alla struttura del network la propria card (→ Definizioni) nominativa (disponibile nell'Area Clienti dal sito www.generali.it o dall'App MyGenerali) unitamente a un documento di identità in corso di validità.

Il contraente può prenotare le prestazioni sanitarie (visite specialistiche ed esami diagnostici) on line 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

Il contraente in fase di prenotazione on line:

- seleziona la prestazione da effettuare
- sceglie la struttura medica convenzionata
- inoltra la richiesta.

In alternativa, o comunque quando la struttura medica convenzionata non è abilitata alla prenotazione on line, il contraente può contattare in modo diretto la struttura stessa.

Limiti del servizio

Sono escluse dal servizio le prestazioni:

- in regime di ricovero
- in strutture sanitarie non convenzionate.

Il network convenzionato e l'elenco delle prestazioni incluse nel servizio vengono periodicamente aggiornati. I relativi dettagli sono resi disponibili nell'Area Clienti del sito www.generali.it o nell'App MyGenerali.

Si precisa che Generali Italia non è e non sarà in alcun modo coinvolta in attività sanitarie o in prestazioni di natura medica, limitandosi a svolgere in favore del contraente, ove previsto, esclusivamente attività che hanno natura organizzativa e che consentono l'accesso ai servizi salute.

Si dà atto in particolare che tra il contraente e la struttura medica convenzionata del network, il singolo medico, i professionisti in generale coinvolti nell'erogazione delle singole prestazioni, verrà ad instaurarsi un rapporto autonomo e indipendente, qualificandosi nella relazione "medico-paziente" o comunque "professionista-assistito", senza interferenza alcuna da parte di Generali Italia. Di conseguenza, il network o il singolo professionista sono gli unici responsabili nei confronti del contraente per l'erogazione delle prestazioni sanitarie o professionali.

Generali Italia non assume alcuna responsabilità nei confronti del contraente circa la non corretta o parziale erogazione delle prestazioni di competenza di partner terzi, del network o dei medici e professionisti in genere. Generali Italia non sarà dunque responsabile, a titolo esemplificativo e non esaustivo, per alcun tipo di prestazione sanitaria o professionale, per l'utilizzo o il malfunzionamento di apparecchi medici o strumenti sanitari in genere o farmaci o prodotti cosmetici o similari, per prestazioni diagnostiche o interpretazione delle stesse, per la mancata presenza o sostituzione di un medico o di altro personale sanitario, per la mancata fruizione delle prestazioni da parte del contraente. Ad ulteriore chiarimento, Generali Italia non potrà essere ritenuta responsabile per i danni o disservizi sopportati dal contraente o da eventuali terzi in relazione alle prestazioni

erogate dalla struttura sanitaria del network o dai medici e professionisti in genere (inclusa la prescrizione o vendita di farmaci) né delle eventuali conseguenze di tali prestazioni.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 8 Persone non assicurabili

Assicurazione principale

Non è assicurabile chi alla sottoscrizione del contratto ha un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 78 anni e 6 mesi.

Assicurazioni complementari

Non è assicurabile chi alla sottoscrizione del contratto ha un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 68 anni e 6 mesi.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 9 Esclusioni e limitazioni

Assicurazione principale

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

Esclusioni

È escluso dall'assicurazione il decesso causato da:

- delitto doloso del contraente o del beneficiario
- partecipazione dell'assicurato a delitti dolosi
- partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare, operazioni militari
- partecipazione non attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o guerra civile, se
  - l'assicurato si trova già nel territorio interessato dagli atti di guerra e il decesso avviene dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità
  - l'assicurato si reca in un Paese dove al momento del suo arrivo c'è una già situazione di guerra o similari
- eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni
- guida di veicoli e natanti a motore senza patente specifica; l'assicurazione è attiva se la patente è scaduta da non più di 6 mesi
- incidenti di volo se l'assicurato è a bordo di mezzi non autorizzati al volo o con pilota senza specifico brevetto
- suicidio, se avviene nei primi 2 anni dell'assicurazione o nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione
- svolgimento delle attività sportive pericolose non dichiarate come praticate alla sottoscrizione della proposta di assicurazione (→ Definizioni) o successivamente, come: alpinismo e sci d'alpinismo, entrambi se in solitaria o con spedizioni extraeuropee; scalate su ghiaccio; speleologia; sport aerei (come paracadutismo, parapendio, deltaplano, ultraleggeri, aliante, volo acrobatico); sport motoristici (come automobilismo, motociclismo e motonautica); sport acquatici (come immersioni subacquee); vela d'altura; pugilato e altre forme di boxe a livello professionale e comunque ogni forma di sport estremo (come base jumping, rooftopping, parkour). **In caso di compilazione del questionario di proposta "Smart" (→ art. 10) non è prevista la dichiarazione, né alla sottoscrizione della proposta di assicurazione né successivamente, delle attività sportive svolte; pertanto l'assicurazione non è mai operante in caso di decesso causato dallo svolgimento di attività sportive pericolose.** In caso di compilazione del questionario di proposta "Standard" (→ art. 10) è prevista la possibilità di dichiarare – alla sottoscrizione, o successivamente – lo svolgimento di attività pericolose; di conseguenza l'assicurazione sarà operante

in caso di decesso causato dallo svolgimento delle attività sportive pericolose solo se dichiarate a Generali Italia e da questa incluse in copertura, eventualmente con maggiorazione del premio dovuto.

- svolgimento di attività professionali non dichiarate alla sottoscrizione della proposta di assicurazione che espongono l'assicurato a specifici rischi, come: il lavoro su aerei non di linea[3]; lavoro su piattaforme, ponteggi, impalcature, tetti; autista di mezzi con portata superiore ai 35 q.li; contatto con esplosivi; lavoro nell'industria mineraria; lavori subacquei. **In caso di compilazione del questionario di proposta "Smart" (→ art. 10) non è prevista la dichiarazione, né alla sottoscrizione della proposta di assicurazione né successivamente, delle attività professionali svolte; pertanto l'assicurazione non è mai operante in caso di decesso causato dallo svolgimento di attività professionali che espongono l'assicurato a specifici rischi.** In caso di compilazione del questionario di proposta "Standard" (→ art. 10) è prevista la possibilità di dichiarare – alla sottoscrizione – lo svolgimento di attività professionali che espongono l'assicurato a specifici rischi; di conseguenza l'assicurazione sarà operante in caso di decesso causato dallo svolgimento di tali attività professionali solo se dichiarate a Generali Italia e da questa incluse in copertura, eventualmente con maggiorazione del premio dovuto.

Nel caso di delitto doloso del contraente o del beneficiario, non è prevista alcuna prestazione; in tutti gli altri casi Generali Italia paga una prestazione pari alla somma dei premi versati al netto dei diritti (→ art. 20), al posto di quella assicurata.

Limitazioni

L'assicurazione opera se l'assicurato si è sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti da Generali Italia.

L'assicurato **può non sottoporsi a visita medica** se ha un'età inferiore a 65 anni e 6 mesi e per un capitale assicurato di proposta, sommato ai capitali assicurati di eventuali altre polizze temporanee caso morte precedentemente stipulate con Generali Italia senza visita medica aventi lo stesso assicurato, inferiore o uguale a € 600.000, ferma restando la compilazione di un questionario di proposta (→ art. 10); in base alle risposte date al questionario, Generali Italia può richiedere comunque la visita medica.

In assenza di visita medica l'assicurazione è esclusa per un **periodo di carenza** di **6 mesi** dall'entrata in vigore del contratto, a meno che il decesso avvenga per conseguenza diretta di:

- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della copertura: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, meningite cerebro spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, B e C, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post vaccinica; inoltre shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura;
- infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura, fatta eccezione per quanto indicato nelle Esclusioni; per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili, che hanno come conseguenza il decesso.

Nel periodo di carenza, in caso di decesso, Generali Italia paga solo la somma dei premi versati al netto dei diritti.

Assicurazione complementare "Tutela Salute"

Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione "Tutela Salute":

- chirurgia dell'aorta
- chirurgia delle valvole cardiache
- chirurgia di by-pass aorto-coronarico
- dialisi per insufficienza renale
- trapianto degli organi principali

quando tali procedure siano eseguite in conseguenza di anomalie congenite, esiti di infortuni o malattie che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori all'entrata in vigore dell'assicurazione o alla sua eventuale riattivazione.

Valgono inoltre le seguenti esclusioni in relazione alle singole malattie.

[3] Per voli non di linea si intendono voli non gestiti da una compagnia aerea registrata, come jet privati o aziendali con certificato di operatore aereo, voli per piattaforme petrolifere, servizi di aerotaxi, trasporto aereo di merci, ecc.

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 ≤ 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
É **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.

Limitazioni

Se l'assicurato non si sottopone a visita medica (nei medesimi casi previsti dalle Limitazioni dell'assicurazione principale), l'assicurazione complementare è esclusa per un **periodo di carenza** di **6 mesi** dall'entrata in vigore del contratto.

Il periodo di carenza non si applica e, pertanto, l'assicurazione complementare è comunque prestata nel caso in cui l'insorgenza della malattia grave sia conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura. Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, che hanno come conseguenza l'insorgenza della malattia grave.

<u>Assicurazione complementare "Tutela Plus" (ACMA-IS)</u>

Esclusioni
Oltre ad applicarsi le esclusioni previste per l'assicurazione principale, è escluso il decesso dovuto a lesioni causate da:
- contaminazione nucleare o chimica, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- stato di ubriachezza, intossicazioni per abuso di psicofarmaci e per uso di sostanze stupefacenti o allucinogene o comunque condizioni psico-fisiche alterate.

È pure escluso il decesso:

- per malaria, avvelenamenti, infezioni non causate esclusivamente dalle lesioni subite in occasione dell'infortunio;
- per le conseguenze di interventi chirurgici e trattamenti non resi necessari dalle lesioni subite in occasione dell'infortunio.

Limitazioni

L'assicurazione complementare non opera se:

- le lesioni hanno influito su condizioni fisiche o patologiche dell'assicurato, preesistenti o sopravvenute, o sulla loro evoluzione;
- il decesso avviene dopo un anno dal giorno delle lesioni.

Assicurazione complementare "Tutela Family Care"

Esclusioni
Si applicano le disposizioni previste per l'assicurazione principale e per l'assicurazione complementare "Tutela Plus", se compatibili.

Limitazioni

Si applicano le disposizioni previste per l'assicurazione complementare "Tutela Plus".

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art. 10 Dichiarazioni e accertamenti sanitari

La sottoscrizione del contratto è subordinata alla dichiarazione preliminare circa lo stato di non fumatore o fumatore dell'assicurando e alla compilazione da parte dell'assicurando stesso di un **questionario di proposta,** che può essere:

- **"Smart"**, costituito da una sola domanda sullo stato di salute, se sussistono **tutte le seguenti condizioni**:
  - l'assicurando ha un'età inferiore a 65 anni e 6 mesi
  - il capitale assicurato di proposta, sommato ai capitali assicurati di eventuali altre polizze temporanee caso morte precedentemente stipulate con Generali Italia con questionario "Smart" aventi lo stesso assicurato, è inferiore o uguale a € 120.000
  - il capitale assicurato di proposta, sommato ai capitali assicurati di eventuali altre polizze temporanee caso morte precedentemente stipulate con Generali Italia senza visita medica aventi lo stesso assicurato, è inferiore o uguale a € 600.000
  - la durata dell'assicurazione è inferiore o uguale a10 anni.
- **"Standard"**, costituito da domande sullo stato di salute, sulle abitudini di vita e sulle attività sportive e/o professionali pericolose eventualmente svolte dall'assicurando, se ricorre **uno dei seguenti casi**:
  - non sussistono le suddette condizioni per la compilazione del questionario "Smart"
  - in base alla risposta data al questionario "Smart", Generali Italia richiede la compilazione del questionario "Standard"
  - l'assicurando chiede di compilare il questionario "Standard", per poter dichiarare lo svolgimento di attività sportive pericolose e/o attività professionali che lo espongono a specifici rischi, ai fini di una valutazione assuntiva del rischio da parte di Generali Italia (che può maggiorare il premio dovuto, o lasciarlo invariato eventualmente escludendo dalla copertura l'attività dichiarata).

L'assicurando **deve** sottoporsi anche a **visita medica** se ricorre **uno dei seguenti casi**:

- l'assicurando ha un'età pari o superiore a 65 anni e 6 mesi; in questo caso l'assicurando, con un capitale assicurato di proposta maggiore di €120.000 e inferiore o uguale a € 600.000 (tenuto conto dei capitali assicurati di eventuali altre polizze temporanee caso morte precedentemente stipulate con Generali Italia senza visita medica aventi lo stesso assicurato), può chiedere di effettuare, oltre alla visita medica, ulteriori accertamenti sanitari per avere accesso a una riduzione di premio
- il capitale assicurato di proposta, sommato ai capitali assicurati di eventuali altre polizze temporanee caso morte precedentemente stipulate con Generali Italia senza visita medica aventi lo stesso assicurato, è superiore a € 600.000; in questo caso l'assicurando deve effettuare, oltre alla visita medica, ulteriori accertamenti sanitari
- l'assicurando, di età inferiore a 65 anni e 6 mesi e con un capitale assicurato di proposta maggiore di €120.000 e inferiore o uguale a € 600.000 (tenuto conto dei capitali assicurati di eventuali altre polizze temporanee caso morte precedentemente stipulate con Generali Italia senza visita medica

aventi lo stesso assicurato), chiede di effettuare la visita medica e ulteriori accertamenti sanitari per avere accesso a una riduzione di premio.

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**.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze relative a circostanze per le quali Generali Italia non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del contratto, 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 grave[4]:
   1. di annullare il contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
   2. di rifiutare qualsiasi pagamento se il decesso si verifica prima che sia decorso il termine sopra indicato;

b. quando non esiste dolo o colpa grave[5]:
   1. di recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
   2. 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 il decesso si verifica prima che Generali Italia abbia conosciuto il vero stato delle cose o abbia dichiarato di voler recedere dal contratto.

Se l'assicurato si è dichiarato non fumatore al momento della sottoscrizione e inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, lo stesso o il contraente sono tenuti a darne immediata comunicazione scritta a Generali Italia.

Se l'assicurato si è dichiarato non fumatore al momento della sottoscrizione, in caso di decesso Generali Italia verifica l'effettivo persistere nello stato di non fumatore dell'assicurato, che deve preventivamente consentire a Generali Italia tutte le indagini che essa ritenga necessarie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. In caso di decesso a seguito del quale Generali Italia verifichi lo stato di fumatore dell'assicurato senza che fosse pervenuta comunicazione in merito o in caso di decesso prima che Generali Italia, informata del nuovo stato di fumatore, abbia dichiarato di voler recedere dal contratto, la prestazione è ridotta come al punto b.2. sopra.

Se l'assicurato inizia la pratica di nuove attività sportive pericolose non dichiarate alla sottoscrizione della proposta di assicurazione con questionario "Standard", lo stesso o il contraente sono tenuti a darne immediata comunicazione scritta a Generali Italia. Quest'ultima informa il contraente se intende maggiorare il premio dovuto, o lasciarlo invariato eventualmente escludendo dalla copertura l'attività dichiarata.
In caso di compilazione del questionario di proposta "Smart", non è prevista la dichiarazione, né alla sottoscrizione della proposta di assicurazione né successivamente, delle attività sportive svolte; pertanto l'assicurazione non è mai operante in caso di decesso causato dallo svolgimento di attività sportive pericolose.

Il contraente non è tenuto a fornire alcuna comunicazione in caso di modifiche di professione dell'assicurato che aggravino il rischio assunto da Generali Italia, eventualmente intervenute in corso di contratto, in deroga all'art. 1926 del Codice Civile. In caso di decesso causato dallo svolgimento di una professione pericolosa intrapresa successivamente alla sottoscrizione della proposta l'assicurazione è comunque operante, a condizione che l'assicurato avesse compilato alla sottoscrizione il questionario di proposta "Standard".

L'inesatta indicazione dell'età dell'assicurato comporta la rettifica dei premi o delle prestazioni, ossia il loro ricalcolo sulla base dell'età corretta, o l'eventuale risoluzione del contratto.

Il contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni in vigore in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza/domicilio o sede in Italia fatta dal contraente al momento della sottoscrizione.
Il contraente si impegna a comunicare entro 30 giorni a Generali Italia lo spostamento di residenza, di domicilio o di sede in un 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/domicilio.

[4] Art. 1892 del Codice Civile.
[5] Art. 1893 del Codice Civile.

L'assicurazione opera se l'assicurato si è sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti da Generali Italia, salvi i casi indicati all'art. 9 (Limitazioni dell'assicurazione principale e della assicurazione complementare "Tutela Salute").

Art. 11 Richieste di pagamento a Generali Italia

Documenti necessari per pagamenti per decesso

Le **richieste di pagamento per decesso dell'assicurato** devono essere inviate in forma scritta a Generali Italia[6] o all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, accompagnate dai documenti necessari per verificare l'obbligo di pagamento e per individuare i beneficiari:

- documento di identità e codice fiscale del richiedente (se non già presentati o scaduti)
- certificato di morte o, se gli aventi diritto sono gli eredi, autocertificazione della morte dell'assicurato sottoscritta da un erede[7]
- relazione del medico curante sulle cause e circostanze del decesso e sulle condizioni di salute e abitudini di vita dell'assicurato[8] e ulteriore documentazione eventualmente richiesta da Generali Italia se il caso specifico presenta particolari esigenze istruttorie, come per esempio:
    - cartelle cliniche di ricoveri per un periodo compatibile con il normale decorso della patologia rilevata dal medico curante
    - esami clinici
    - verbale del Servizio di Emergenza-Urgenza Sanitaria (es. 118)
    - verbale dell'autopsia se eseguita
    - se il decesso è per una causa diversa da malattia: verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di procedimento penale, copia degli atti più significativi
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà[9] dalla quale risulti:
    - se il contraente, quando è anche assicurato, ha lasciato o meno testamento
    - che il testamento pubblicato è l'ultimo, è valido e non è stato impugnato
    - l'indicazione degli eredi legittimi e testamentari del contraente, se i beneficiari in caso di decesso sono indicati in modo generico
- copia conforme del verbale di pubblicazione del testamento olografo o dell'atto di registrazione del testamento pubblico.

Inoltre, solo per l'assicurazione complementare "Tutela Family Care" sono necessari anche:
- certificato di morte del familiare diverso dall'assicurato o, se gli aventi diritto sono gli eredi, autocertificazione della morte del familiare sottoscritta da un erede[10]
- autocertificazione di stato di famiglia alla data dell'evento[11]
- documentazione comprovante che i decessi dell'assicurato e del familiare sono stati causati dallo stesso evento accidentale, ad esempio: verbale del Servizio di Emergenza-Urgenza Sanitaria (es. 118), verbale dell'autopsia ove eseguita, verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di apertura di procedimento penale, copia degli atti più significativi.

Documenti necessari per pagamenti per malattia grave

Le **richieste di pagamento per malattia grave dell'assicurato** devono essere inviate in forma scritta a Generali Italia[12] o all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, accompagnate dai documenti necessari per verificare l'obbligo di pagamento:

- documento di identità e codice fiscale del richiedente (se non già presentati o scaduti)

[6] La comunicazione va inviata a Generali Italia S.p.A., Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto (TV).
[7] L'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione a Generali Italia a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione.
[8] È possibile utilizzare un modulo messo a disposizione da Generali Italia.
[9] Redatta in conformità all'art. 21 c. 2 del D.P.R. 445/2000, cioè con firma autenticata da un pubblico ufficiale.
[10] Vedi nota 7.
[11] Vedi nota 7.
[12] Vedi nota 6.

- 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 eventualmente richiesta da Generali Italia se il caso specifico presenta particolari esigenze istruttorie, come per esempio:
    - copia della cartella clinica relativa al ricovero, durante il quale è stata diagnosticata la malattia
    - esami clinici e/o strumentali
    - verbale del Servizio di Emergenza-Urgenza Sanitaria (es. 118).

Per tutti i pagamenti

Generali Italia si riserva di non accettare documentazione, anche di carattere non sanitario, presentata dall'assicurato a supporto della richiesta di pagamento, prodotta da medici, strutture sanitarie o autorità di uno Stato nel quale Generali Italia non è autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa, sia in regime di stabilimento sia in libera prestazione di servizi, e in cui non vi sia una rappresentanza diplomatico-consolare italiana: ciò al fine di ricevere documentazione avente valore legale in Italia - secondo quanto previsto dalla legislazione italiana e dalle normative europee e internazionali vigenti al momento della denuncia di decesso/di malattia grave - a garanzia dell'autenticità e validità di tali atti e documenti, nonché della regolarità delle abilitazioni e delle autorizzazioni dei soggetti/enti che li hanno emessi/rilasciati. In tali casi, Generali Italia può non procedere al pagamento della prestazione prevista dalle condizioni di assicurazione.

Le informazioni per come presentare le richieste si trovano su www.generali.it e nelle Agenzie.

Generali Italia effettua il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa; dopo tale termine sono dovuti gli interessi legali.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 12 Piano di versamento dei premi

"Scegli col cuore – Per chi ami" prevede per l'**assicurazione principale** (→ art. 2) una successione di **premi annui di importo costante**, il primo alla conclusione del contratto e i successivi a ogni ricorrenza annuale (→ Definizioni) che precede la data di scadenza dell'assicurazione o di decesso dell'assicurato.
Il premio è determinato in relazione all'ammontare del capitale assicurato, alla durata del contratto (→ art. 16), allo stato di non fumatore o fumatore, all'età dell'assicurato, al suo stato di salute, alle attività sportive e professionali svolte e alle abitudini di vita quando ne sia prevista la dichiarazione (→ art. 10).

Per le **assicurazioni complementari facoltative** (→ artt. 4, 5 e 6) il contraente deve versare i relativi **premi annui di importo costante** (indicato in polizza), insieme e con le stesse modalità previste per i premi annui relativi all'assicurazione principale.
Il premio delle assicurazioni complementari "Tutela Plus" e "Tutela Family Care" è determinato in relazione all'ammontare del relativo capitale assicurato. Il premio dell'assicurazione complementare "Tutela Plus", a parità di capitale assicurato, è più basso per i Clienti iscritti al programma "Più Generali"[13].
Il premio dell'assicurazione complementare "Tutela Salute" è determinato in relazione all'ammontare del relativo capitale assicurato, all'età dell'assicurato e alla durata dell'assicurazione stessa (→ art. 16).
I premi delle assicurazioni complementari non possono superare complessivamente il 50% del premio annuale, che è composto sia della parte afferente all'assicurazione principale sia della parte afferente alle assicurazioni complementari.

I premi possono essere versati nella **rateazione** scelta dal contraente (annuale, semestrale o mensile), con l'addizionale di frazionamento prevista (→ art. 20). Il primo premio annuo, anche se frazionato in più rate, **è dovuto per intero**.

Ai premi si applicano i costi indicati all'art. 20.

Il premio è comprensivo di imposta se sono presenti le assicurazioni complementari "Tutela Plus" e/o "Tutela Family Care".

[13] Vedi nota 1.

Art. 13 Mezzi di versamento del premio

Il contraente versa il premio con rateazione annuale all'agenzia di riferimento oppure a Generali Italia con uno dei seguenti mezzi di versamento:

- P.O.S. o altri mezzi di pagamento elettronico disponibili in Agenzia, in Area Clienti (dal sito internet www.generali.it o dall'app MyGenerali) per i premi successivi al primo, o tramite apposito link inviato dall'intermediario
- bollettino postale intestato a Generali Italia o all'intermediario, espressamente in tale qualità, su conto corrente postale dedicato[14]
- assegno circolare non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario, espressamente in tale qualità
- assegno bancario o postale[15] non trasferibile intestato a Generali Italia o all'intermediario, espressamente in tale qualità
- bonifico bancario su conto corrente intestato a Generali Italia o su conto dedicato dell'intermediario[16]
- autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (Sepa Direct Debit), **obbligatoria in caso di rateazione semestrale o mensile del premio**; in caso di modifica del rapporto contrattuale sul quale opera la procedura SDD il contraente si impegna a darne immediata comunicazione a Generali Italia
- altre modalità offerte dal servizio bancario o postale
- pagamento in pari data da parte di Generali Italia di altra/e polizza/e.

Non è possibile versare i premi in contanti.

In tutti i casi viene rilasciata quietanza del versamento.
L'evidenza dei versamenti effettuati è inoltre riportata nel Documento Unico di Rendicontazione relativamente al periodo di riferimento dello stesso.

Art. 14 Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione

Se non è versata anche una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla data stabilita per il suo versamento, il contratto si risolve e **i premi versati sono acquisiti da Generali Italia**.

A giustificazione del mancato versamento del premio il contraente non può, in nessun caso, opporre che Generali Italia non gli ha inviato avvisi di scadenza né ha provveduto all'incasso a domicilio, anche se ciò è avvenuto per i premi precedenti.

Art. 15 Ripresa del piano di versamento dei premi: riattivazione

In caso di interruzione del versamento dei premi, **il contratto può essere riattivato entro un anno** dalla scadenza della prima rata non versata.

La riattivazione è possibile solo:
- dopo che i premi arretrati sono stati versati
- su espressa richiesta scritta del contraente e accettazione scritta di Generali Italia, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere tenendo conto del loro esito.

L'assicurazione complementare "Tutela Salute" non è riattivabile nel caso in cui, nel periodo di interruzione del pagamento dei premi, insorga una malattia grave tra quelle coperte.

La riattivazione del contratto ripristina (con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il versamento dell'ammontare dovuto) i valori contrattuali delle prestazioni come se non si fosse verificata l'interruzione del piano di versamento dei premi.

[14] 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'articolo 63 "Obbligo di separazione patrimoniale" del Regolamento IVASS 40/2018, che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.

[15] In relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

[16] Vedi nota 14.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 16 Durata

La durata del contratto è scelta dal contraente tra un minimo di 2 ed un massimo di 25 annualità assicurative (→ Definizioni). L'età dell'assicurato a scadenza deve in ogni caso essere inferiore a 80 anni e 6 mesi.

La durata delle assicurazioni complementari facoltative **coincide** con la durata del contratto, salva l'estinzione anticipata a partire dalla ricorrenza annuale precedente i 70 anni e 6 mesi dell'assicurato.

Il servizio W Benessere viene prestato per una durata di 2 anni dalla data di decorrenza indicata in polizza. Il servizio si rinnova tacitamente di 2 anni in 2 anni, comunque non oltre la scadenza del contratto. Generali Italia comunica al contraente la cessazione del servizio con preavviso di almeno 30 giorni attraverso l'Area Clienti del sito www.generali.it o l'App MyGenerali o con altri strumenti di comunicazione previsti dalla normativa tempo per tempo vigente.

Art. 17 Conclusione ed entrata in vigore del contratto

Conclusione del contratto
Il contratto è concluso quando Generali Italia ha rilasciato la polizza al contraente o gli ha inviato assenso scritto alla proposta di assicurazione.

Entrata in vigore

Il contratto entra in vigore, se è stato versato il premio, alle ore 24 della data di decorrenza (→ Definizioni) indicata in polizza, coincidente o successiva a quella di conclusione del contratto.
Se il premio è versato dopo questa data, il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento.

In caso di versamento con P.O.S., altri mezzi di pagamento elettronico, assegno o bonifico bancario, il premio si intende versato nel giorno di effettivo accredito sul conto corrente intestato a Generali Italia o sul conto dedicato dell'intermediario.
In caso di versamento con bollettino di conto corrente postale, il premio si intende versato nel giorno della data apposta dall'ufficio postale.
In caso di versamento con addebito diretto SEPA (SDD), i premi si intendono versati, salvo il buon fine degli addebiti, nel giorno indicato in polizza per il versamento sia della prima rata di premio che di quelle successive.

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?

Art. 18 Recesso

Il contraente può recedere **entro 30 giorni** dalla conclusione del contratto, inviando una raccomandata a Generali Italia[17] o all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

Dalla data di ricevimento della raccomandata, il contraente e Generali Italia sono liberi da ogni obbligo contrattuale.

Generali Italia rimborsa al contraente i premi versati, diminuiti di:
- eventuali imposte
- parte relativa al rischio corso per la durata del contratto
- spese di emissione del contratto, indicate nella proposta e nella polizza.

Il rimborso avviene entro 30 giorni dal ricevimento della raccomandata di recesso (→ Definizioni), dopo che il contraente ha consegnato l'originale del contratto con le eventuali appendici.

SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI? ☐ SI ☑ NO

Art. 19 Riscatto e riduzione

Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.
In caso di interruzione del versamento dei premi il contratto può essere riattivato (→ artt. 14 e 15).

[17] Vedi nota 6.

QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Art. 20 Costi

Diritti	
di emissione	€ 10
di sostituzione[18]	€ 10
di quietanza (per le rate di premio successive alla prima)	€ 3,50 € 0,50 (per modalità di pagamento SDD)

Caricamenti		
Cifra fissa	Non prevista	
Costi percentuali	15,0% (con un minimo di € 60)	Per l'assicurazione principale
	15,0%	Per l'assicurazione complementare facoltativa "Tutela Salute"
	12,0%	Per l'assicurazione complementare facoltativa "Tutela Plus"
	18,0%	Per l'assicurazione complementare facoltativa "Tutela Family Care"

I costi percentuali sono applicati al premio al netto dei diritti di emissione o quietanza.

Addizionale di frazionamento	
Semestrale e mensile	1,0%

Se è 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.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI AL CONTRATTO

Art. 21 Beneficiario

Il contraente indica il beneficiario; può modificare l'indicazione in qualsiasi momento, scrivendo a Generali Italia[19] o all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, o per testamento.

L'indicazione non può essere modificata:

- dopo che contraente e beneficiario hanno dichiarato in forma scritta a Generali Italia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio
- dopo il decesso del contraente
- dopo che, deceduto l'assicurato, il beneficiario ha comunicato in forma scritta a Generali Italia di volersi avvalere del beneficio.

In questi casi ogni variazione che influisce sui diritti del beneficiario ne richiede l'assenso scritto.

[18] I diritti di sostituzione sono applicati solo se il contratto è stipulato in sostituzione di uno o più contratti di assicurazione sulla vita (→ art. 25).

[19] Vedi nota 6.

Diritto proprio del beneficiario

Il beneficiario acquisisce un diritto proprio alle prestazioni dell'assicurazione[20]; quanto gli viene pagato a seguito del decesso dell'assicurato non rientra nell'asse ereditario.

Per l'assicurazione complementare "**Tutela Salute**" per malattia grave **il beneficiario è l'assicurato.**

Art. 22 Cessione, pegno e vincolo

Il contraente può cedere ad altri il contratto, darlo in pegno e vincolare le prestazioni, presentando l'autocertificazione di esistenza in vita dell'assicurato[21], se diverso dal contraente (e, in caso di cessione, dal cessionario, cioè chi beneficia della cessione). Questi atti sono efficaci nei confronti di Generali Italia solo se annotati su appendice. La cessione richiede il consenso di Generali Italia[22]

In caso di pegno o vincolo, ogni operazione che riduce l'efficacia delle suddette garanzie richiede l'assenso scritto del pignoratario (chi beneficia del pegno) o vincolatario (chi beneficia del vincolo).

Art. 23 Non pignorabilità e non sequestrabilità

Nei limiti di legge[23] le somme dovute da Generali Italia al contraente o al beneficiario non possono essere pignorate né sequestrate.

Art. 24 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 precedente[24].

Le istanze scritte di mediazione nei confronti di Generali Italia devono essere inviate a:

Generali Italia S.p.A.
Via Marocchesa, 14, 31021 Mogliano Veneto (TV)
generali_mediazione@pec.generaligroup.com

Art. 25 Sostituzione

Il contratto può essere stipulato in sostituzione di uno o più contratti di assicurazione temporanea caso morte precedentemente stipulati con Generali Italia, indicati in polizza, aventi durata contrattuale residua non inferiore a 6 mesi.

A seguito di tale operazione, i contratti sostituiti non producono ulteriore effetto e la quota di premio non consumata, relativa al periodo di assicurazione coperto e non ancora trascorso, concorre al saldo del premio versato al perfezionamento del nuovo contratto.

Le limitazioni di cui all'art. 9 sono applicate solo relativamente all'eventuale quota eccedente di capitale assicurato, pari alla differenza fra il capitale assicurato del nuovo contratto e quello totale relativo ai contratti sostituiti.

Se su uno o più dei contratti sostituiti è ancora operante il periodo di carenza, questo continua ad operare sul nuovo contratto per la sua durata residua e per la parte di capitale assicurato coincidente con quella del contratto sostituito.

[20] Art. 1920 del Codice Civile.
[21] Vedi nota 7.
[22] Art. 1406 del Codice Civile.
[23] Art. 1923 del Codice Civile.
[24] Artt. 4 e 5 del D.Lgs. 28/2010, così come modificato dalla Legge 98/2013.

Art. 26 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 o a riconoscere un beneficio in applicazione di questo contratto, se il fatto di garantire la copertura assicurativa, pagare una prestazione o riconoscere un beneficio espone Generali Italia 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 o dell'Italia.

Art. 27 Rinvio alle norme di legge

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

Sommario

DEFINIZIONI ... 3
CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI? ... 4
Art. 1 Oggetto del contratto ... 4
ASSICURAZIONE PRINCIPALE ... 4
Art. 2 Prestazione ... 4
ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI (FACOLTATIVE) ... 4
Art. 3 Assicurazioni complementari e norme comuni ... 4
Art. 4 “Tutela Salute” – Assicurazione in caso di malattia grave ... 4
Art. 5 “Tutela Plus” - Assicurazione temporanea caso morte accidentale con raddoppio in caso di morte per incidente stradale a capitale e premio annuo costanti (ACMA-IS) ... 7
Art. 6 “Tutela Family Care” - Assicurazione temporanea caso morte accidentale a capitale e premio annuo costanti (decesso dell’assicurato e di un suo familiare convivente a seguito del medesimo infortunio) ... 7
SERVIZI CORRELATI ALLA PREVENZIONE E ALLA SALUTE ... 8
Art. 7 W Benessere - Servizio di prenotazione di visite ed accertamenti diagnostici a tariffe agevolate ... 8
CHE COSA NON È ASSICURATO? ... 9
Art. 8 Persone non assicurabili ... 9
CI SONO LIMITI DI COPERTURA? ... 9
Art. 9 Esclusioni e limitazioni ... 9
CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L’IMPRESA? ... 12
Art. 10 Dichiarazioni e accertamenti sanitari ... 12
Art. 11 Richieste di pagamento a Generali Italia ... 14
QUANDO E COME DEVO PAGARE? ... 15
Art. 12 Piano di versamento dei premi ... 15
Art. 13 Mezzi di versamento del premio ... 16
Art. 14 Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione ... 16
Art. 15 Ripresa del piano di versamento dei premi: riattivazione ... 16
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE? ... 17
Art. 16 Durata ... 17
Art. 17 Conclusione ed entrata in vigore del contratto ... 17
COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO? ... 17
Art. 18 Recesso ... 17
SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI? ☐ SI ☑ NO ... 17
Art. 19 Riscatto e riduzione ... 17
QUALI COSTI DEVO SOSTENERE? ... 18
Art. 20 Costi ... 18
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI AL CONTRATTO ... 18
Art. 21 Beneficiario ... 18
Art. 22 Cessione, pegno e vincolo ... 19
Art. 23 Non pignorabilità e non sequestrabilità ... 19
Art. 24 Foro competente ... 19
Art. 25 Sostituzione ... 19
Art. 26 Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali ... 20
Art. 27 Rinvio alle norme di legge ... 20

Pagina lasciata intenzionalmente libera

generali.it

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 - www.generali.it; email: info.it@generali.com; C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generaliitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.