

L600

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA
A PREMI MONO – ANNUALI IN FORMA DI RENDITA
IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Business



PERSONA

SET INFORMATIVO

Il presente set informativo contiene:

- Documento informativo precontrattuale Vita (DIP Vita)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo Vita (DIP aggiuntivo Vita)
- Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018
- Modulo di proposta.

Cattolica Assicurazioni ha una soluzione per tutto ciò che riguarda la tua vita. Perché la vita è fatta per essere vissuta.

PRONTI ALLA VITA. | cattolica.it | scarica l'app  

CATTOLICA
ASSICURAZIONI
DAL 1896

Assicurazione collettiva temporanea a premi mono - annuali in forma di rendita in caso di non autosufficienza

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



Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Prodotto: Tariffa L600

Data di aggiornamento: 06/10/2022 - Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione collettiva a premio mono-annuale che ha ad oggetto la copertura del rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana degli Assicurati.

 Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
✓ La prestazione consiste nel pagamento all'Assicurato di una rendita vitalizia anticipata costante in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato stesso nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, da corrispondere dal momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Compagnia. La rendita verrà corrisposta fino a quando perdurerà lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato o fino al decesso dello stesso. ✓ <u>Somma assicurata</u>: in caso di non autosufficienza dell'Assicurato e a seguito dell'accertamento di tale stato da parte della Compagnia, verrà erogata all'Assicurato stesso una rendita vitalizia, in rate mensili anticipate e di importo costante, il cui valore iniziale è stato prescelto dal Contraente in sede di sottoscrizione del contratto per ogni categoria assicurata e riportato in polizza. Tale valore non potrà essere superiore a € 3.000,00 mensili.	✗ Per i lavoratori appartenenti a categorie protette (quali, per esempio, i portatori di handicap) la garanzia opera solo per i casi di non autosufficienza conseguenti ad infortunio che si manifestino successivamente all'entrata in vigore del contratto e durante i periodi di copertura assicurativa. ✗ Non è coperto il rischio decesso dell'Assicurato.

 Ci sono limiti di copertura?
E' escluso dalla garanzia lo stato di non autosufficienza causato direttamente, indirettamente o parzialmente da: ! Dolo della Contraente o del Beneficiario; ! Atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti; ! Tentato suicidio; ! Partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta della Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Oltre a ciò non sono coperti dalla presente assicurazione, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i sinistri derivanti da atto di guerra avvenuti al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso; ! Partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente; ! Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc); ! Incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio. La garanzia tuttavia è operante nel caso di viaggi compiuti dall'Assicurato in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;

- ! pratica anche puramente ricreativa delle seguenti attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce ghiacciai oltre il 3° grado (scala U.I.A.A – Unione Italiana Associazioni Alpine), partecipazione a corse, gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura, nonché alla partecipazione ad altre corse, gare ed incontri sportivi (e relative prove) in genere, salvo che esse abbiano carattere ricreativo, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.). Sarà possibile estendere la copertura ad alcune delle attività sportive sopra riportate, se praticate dall'Assicurato, dietro esplicita richiesta della Contraente e previa corresponsione del relativo sovrapprezzo;
- ! Fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei;
- ! Abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- ! Negligenza, imprudenza e imperizia nel seguire consigli medici;
- ! Malattie, stati patologici, conseguenze di infortuni, difetti fisici, anomalie congenite (oppure handicap) e/o invalidità preesistenti alla data di stipula dell'assicurazione che avessero dato origine nei 12 mesi precedenti alla data stessa a ricovero ospedaliero per più di 7 giorni consecutivi ovvero ad assenza dal lavoro per 4 settimane consecutive;
- ! Problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica.
- ! Qualora lo stato di non autosufficienza sia causato direttamente, indirettamente o parzialmente da una delle ipotesi sopra indicate, la Compagnia non riconoscerà le prestazioni assicurative e il contratto si intenderà risolto. La Compagnia sarà tenuta a rimborsare un importo pari al rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduto, al netto dei relativi costi accessori.
- ! Sono previste condizioni di carenza e un periodo di franchigia. Per maggiori dettagli si rinvia al DIP Aggiuntivo.



Dove vale la copertura?

Non vi sono limiti territoriali alla copertura.



Che obblighi ho?

Deve essere resa pronta comunicazione alla Compagnia nei casi di:

- Trasferimento di residenza/domicilio del Contraente/Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea;
- Modifiche di professione dell'Assicurato intervenute in corso di contratto.
- È previsto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato secondo quanto riportato nella tabella che segue:

NUMEROSITÀ GRUPPO ASSICURATI

	< = a 10	11 < x < = a 50	51 < x < = a 250
per rendite da € 0,00 a € 1.000,00	per assicurati con età all'ingresso inferiore o uguale a 55 anni: QS per assicurati con età all'ingresso superiore a 55 anni: QS + VM	FC	FC
per rendite da € 1.000,01 a € 2.000,00	QS + VM	QS	FC
per rendite da € 2.000,01 a € 3.000,00	QS + VM	QS + VM	per assicurati con età all'ingresso inferiore o uguale a 55 anni: FC per assicurati con età all'ingresso superiore a 55 anni: QS + VM

Legenda:

FC: l'assicurazione viene assunta senza alcun accertamento di carattere sanitario

QS: l'assicurazione viene assunta attraverso la compilazione da parte degli Assicurati di un apposito questionario sanitario concernente il loro stato di salute

VM: l'assicurazione viene assunta dopo l'effettuazione delle visite mediche e degli eventuali esami clinici previsti e la compilazione del questionario sanitario

- L'Assicurato ha il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione è necessario che il Contraente e/o l'Assicurato consegnino alla Compagnia la documentazione prevista dal contratto e meglio descritta nel DIP aggiuntivo.
- Rivedibilità dello stato di non autosufficienza:
 - Ad ogni ricorrenza annua dalla liquidazione della prima rata di rendita l'Assicurato dovrà inviare alla Compagnia un documento che ne attesti l'esistenza in vita;
 - Durante il periodo di pagamento della rendita, se l'Assicurato esce dallo stato di dipendenza è tenuto a darne comunicazione alla Compagnia entro un periodo di 30 giorni. Inoltre gli eredi dell'Assicurato dovranno informare la Compagnia dell'intervenuto decesso dell'Assicurato entro i 30 giorni successivi alla data del decesso.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.



Quando e come devo pagare?

- Il Contraente è tenuto a pagare il premio unico, stabilito in polizza, alle rispettive scadenze tramite: bonifico bancario, bonifico postale, postagiro e assegno.
- Il premio mono - annuale per ogni Assicurato si calcola tenendo in considerazione l'età raggiunta, il sesso e l'importo della rendita assicurata al quale va aggiunto un diritto fisso di € 16,00.
- Il premio complessivo, dovuto dalla Contraente all'inizio di ciascun periodo di copertura assicurativa, verrà determinato sommando il premio previsto per ciascun Assicurato, come descritto al punto precedente, ed a tale somma verrà aggiunto un diritto fisso di polizza pari a € 25,00.
- Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno verranno stabiliti ratei di premio, riducendo i premi annui come sopra determinati, al netto dei diritti fissi, in proporzione alla durata della copertura.
- Qualora il singolo periodo di copertura assicurativa sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti dalla garanzia assicurativa, ogni obbligazione della Compagnia dovrà ritenersi estinta ed i premi pagati dal Contraente rimarranno acquisiti dalla Compagnia stessa.
- Il premio non dipende dall'attività professionale svolta.

Ulteriori specifiche sono contenute nel relativo DIP aggiuntivo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura assicurativa decorre dalle ore 00:00 del giorno indicato nella polizza e scade alle ore 00:00 del giorno ivi indicato, fermo comunque restando quanto contrattualmente stabilito per il pagamento del premio.
- Premesso che la Compagnia si impegna a mantenere ferme le condizioni contrattuali di cui al presente contratto per la durata di cinque anni, l'assicurazione collettiva in forma di rendita in caso di non autosufficienza ha una durata annuale e si rinnova automaticamente, alla scadenza, di anno in anno, in mancanza di diversa volontà espressa a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno inviata da parte del Contraente almeno 30 giorni prima della scadenza stessa.
- Il contratto si intende concluso nel momento dell'accettazione da parte della Compagnia.
- Le coperture assicurative, relative ad ogni singolo Assicurato, si rinnovano di volta in volta ad ogni ricorrenza annua anche per quegli Assicurati che in corso di assicurazione hanno superato il limite di età.
- La copertura assicurativa decorre dalla data indicata nella polizza ed è subordinata:
 - all'esito favorevole degli accertamenti sanitari richiesti, a condizione che tale esito sia stato reso noto alla Compagnia, con la consegna di tutta la relativa documentazione, e dalla stessa formalizzato attraverso l'emissione di una apposita Appendice;
 - alle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento dell'adesione;
 - al pagamento del premio.
- La garanzia assicurativa cesserà di essere operativa alle ore 00:00 del giorno di esclusione dalla polizza del singolo Assicurato. L'uscita degli Assicurati deve essere comunque richiesta dal Contraente, anche in caso di risoluzione del rapporto di lavoro e/o collaborazione e/o associazione ovvero di revoca di incarichi in essere tra Contraente e gli Assicurati.
- Il Contraente e l'Assicurato devono avere la sede/domicilio per tutta la durata del contratto in Italia o in uno Stato nel quale la Compagnia sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libertà di prestazione di servizi; qualora nel corso del contratto trasferiscano la sede/domicilio in uno Stato diverso da quelli di cui sopra, il contratto dovrà essere risolto e la Compagnia procederà a rimborsare la parte di premio non goduto.



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

- Non è previsto il Recesso;
- Non è prevista la Revoca;
- Risoluzione del Contratto:
 - Il Contraente è tenuto a pagare il premio, stabilito in polizza, alle rispettive scadenze.
 - Per tutti i pagamenti è concesso il termine di tolleranza fino a 60 giorni, trascorso il quale la Compagnia ha il diritto di dichiarare, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, la risoluzione del contratto.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

- Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione.

Assicurazione collettiva temporanea a premi mono - annuali in forma di rendita in caso di non autosufficienza

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



Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Prodotto: Tariffa L600

Data di aggiornamento: 06/10/2022 - Il DIP Aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A., Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona - Italia; Tel. 0458391111; sito internet: www.cattolica.it; e-mail: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it.

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26.

Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Verona 9962.

Società con sede legale in Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona - Italia, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29/04/1923 ed iscritta all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS con il n. 1.00012.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 2.189 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 685 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.497 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.278 milioni di euro **(a)**;
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 537 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 2.597 milioni di euro **(b)**;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 2.065 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,03 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) **(b/a)**.

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.cattolica.it/ir

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Vita, si forniscono le seguenti informazioni integrative alla prestazione prevista dal contratto:

- La prestazione verrà erogata per intero a partire dal trentesimo giorno successivo all'accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato ad opera della Compagnia. L'importo della prima rata di rendita liquidata includerà anche il valore delle rate di rendita già maturate e non ancora liquidate a partire dalla data della denuncia del sinistro fino al momento dell'accertamento della non autosufficienza. Dalla seconda mensilità riprenderà la liquidazione del valore della prestazione concordata in polizza.
- Per stato di non autosufficienza dell'Assicurato si intende l'incapacità fisica, totale e presumibilmente permanente di compiere, anche con l'aiuto di speciali apparecchiature e senza l'assistenza di una terza persona, le seguenti attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL):
 - Mobilità: la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale;
 - Cura personale: la capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale del corpo;
 - Vestirsi, svestirsi: la capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali;
 - Nutrirsi: la capacità di consumare cibo, già cucinato e reso disponibile. Non si intende la capacità di prepararsi il cibo;
 - Usare i servizi: la capacità di recarsi al bagno, e di usare correttamente i servizi igienici;
 - Continenza: la capacità di gestire le funzioni intestinali e le funzioni della vescica mediante l'uso di indumenti protettivi o di

appropriate apparecchiature chirurgiche, in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale del corpo.

- Lo stato di non autosufficienza è determinato dalla incapacità di compiere almeno 4 ADL su 6.
- Sono incluse nella copertura tutte le patologie nervose o mentali dovute a causa organica che determinano la perdita delle capacità cognitive (quali, per esempio, il morbo di Alzheimer o di Parkinson ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica). La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:
 - Memoria di breve e lungo periodo;
 - Orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);
 - Ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).
- L'Assicurato verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive se:
 - Esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
 - Dalle risposte date dall'Assicurato a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive; la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni mediche;
 - La capacità intellettuale dell'Assicurato è tale per cui, lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'Assicurato stesso o terzi soggetti con i quali venisse a contatto.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

Periodo di franchigia:

- L'importo della rendita verrà corrisposto all'Assicurato se perdura lo stato di non autosufficienza dopo che sia trascorso un periodo di franchigia di 30 giorni. Tale termine decorre dalla data di denuncia del sinistro.
- Decorso il predetto periodo di franchigia, all'Assicurato che permane in stato di dipendenza verranno erogate insieme alla prima rata di rendita in scadenza anche le rate di rendita già maturate dalla data di denuncia del sinistro fino al momento dell'accertamento della non autosufficienza e non ancora liquidate.
- Il decesso dell'Assicurato, che intervenga dopo la denuncia del sinistro e durante il periodo di franchigia non darà luogo all'erogazione della prestazione da parte della Compagnia. All'Assicurato verrà pertanto restituito il rateo di premio non goduto al netto dei costi accessori.

Condizioni di carenza:

- La copertura assicurativa è subordinata, laddove previsto, alla produzione da parte dell'Assicurato della documentazione sanitaria.
- L'assicurazione rimane sospesa per un periodo di tre mesi, denominato "Periodo di Carenza", che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione.
- Tale periodo di carenza non trova applicazione qualora intervenga la perdita di autosufficienza dell'Assicurato quale conseguenza diretta di infortunio, malattia infettiva acuta o shock anafilattico avvenuti dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.
- Il periodo di carenza viene esteso ad un periodo di dodici mesi nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza dell'Assicurato quale conseguenza di patologie nervose o mentali dovute a causa organica (ad esempio, il morbo di Alzheimer e di Parkinson).
- E' previsto un periodo di carenza di 4 anni dalla data di decorrenza dell'assicurazione nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza dell'Assicurato quale conseguenza di sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata. L'Assicurato può richiedere che gli venga comunque accordata la piena copertura assicurativa senza tale periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica e al test su l'HIV accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.
- In caso di sinistro durante il periodo di carenza, la Compagnia non è tenuta ad erogare le prestazioni assicurative e l'assicurazione, con riferimento alla posizione del singolo Assicurato, si risolve, con l'impegno della Compagnia a corrispondere un importo pari alla somma dei versamenti di premio effettuati, al netto dei relativi costi accessori.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro:

- Per attivare la procedura di liquidazione delle prestazioni previste in polizza, la denuncia deve essere resa per iscritto tramite e-mail al seguente indirizzo sinistricollettivevita@cattolicaassicurazioni.it oppure lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Operations Vita – Gestione Portafoglio – Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano - Italia.
- A partire dalla data di ricezione della denuncia da parte della Compagnia si attiverà la relativa

	procedura di accertamento. • Per rendere più rapido ed efficace l'intervento, prima di contattare la Compagnia, si invita a prendere nota dei seguenti dati: ◦ Numero di polizza; ◦ Cognome e nome dell'Assicurato, suo indirizzo o recapito temporaneo (indirizzo, numero di telefono e di eventuali fax e telex); ◦ Nonché, in base al tipo di prestazione richiesta, le altre eventuali informazioni utili all'esecuzione della prestazione stessa. Prescrizione: I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge. Liquidazione della prestazione: • Verificatasi la perdita di autosufficienza dell'Assicurato, entro 30 giorni dall'evento o da quando se ne è avuta la possibilità la Contraente ovvero l'Assicurato medesimo od altra persona in loro vece devono richiedere per iscritto tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno il riconoscimento di tale perdita di autosufficienza alla Compagnia. • Entro 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione, la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato. Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non autosufficienza e quindi il diritto alla prestazione assicurativa, e purché sia decorso il periodo di franchigia, la Compagnia inizia a corrispondere all'Assicurato la rendita in rate mensili anticipate. Maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, provvederà a eseguire i pagamenti. • Se il pagamento non avviene entro questo termine, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno. • Il decesso dell'Assicurato, intervenuto dopo la denuncia del sinistro e prima della scadenza del periodo di accertamento, o nel corso del periodo di franchigia non darà luogo all'erogazione della prestazione da parte della Compagnia. Al Contraente verrà pertanto restituito il rateo di premio non goduto al netto dei Costi accessori. • Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione a mezzo bonifico bancario a favore degli aventi diritto.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa: HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: • di impugnare il contratto per domandare l'annullamento dichiarando al Contraente e/o all'Assicurato di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; • di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato; • di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione; • di trattenere il premio. HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE E/O L'ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE: • di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente e/o all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; • di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose. Decorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione, il Contratto tuttavia non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti rese dalla Contraente o dall'Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta in malafede. L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base alla data di nascita effettiva, della rendita assicurata.



Quando e come devo pagare?

Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita .

Tabelle illustrative dei premi relativi all'assicurazione collettiva in forma di rendita in caso di non autosufficienza a prestazione annua costante.

Capitale assicurato: € 12.000

Rendita mensile: € 1.000

	Sesso: Maschio	Sesso: Femmina
	<i>Durata 1 anno</i>	<i>Durata 1 anno</i>
<i>Età</i>	<i>Importo di premio</i>	<i>Importo di premio</i>
30	€ 27,01	€ 24,75
35	€ 27,01	€ 24,75
40	€ 35,34	€ 29,69
45	€ 48,89	€ 37,60
50	€ 67,67	€ 49,60
55	€ 96,05	€ 68,24
60	€ 145,74	€ 101,13
65	€ 264,05	€ 195,72
70	€ 395,20	€ 424,71

Capitale assicurato: € 24.000

Rendita mensile: € 2.000

	Sesso: Maschio	Sesso: Femmina
	<i>Durata 1 anno</i>	<i>Durata 1 anno</i>
<i>Età</i>	<i>Importo di premio</i>	<i>Importo di premio</i>
30	€ 38,02	€ 33,50
35	€ 38,02	€ 33,50
40	€ 54,68	€ 43,38
45	€ 81,78	€ 59,20
50	€ 119,34	€ 83,20
55	€ 176,10	€ 120,48
60	€ 275,48	€ 186,26
65	€ 512,10	€ 375,44
70	€ 774,40	€ 833,42

Capitale assicurato: € 36.000

Rendita mensile: € 3.000

	Sesso: Maschio	Sesso: Femmina
	<i>Durata 1 anno</i>	<i>Durata 1 anno</i>
<i>Età</i>	<i>Importo di premio</i>	<i>Importo di premio</i>
30	€ 49,03	€ 42,25
35	€ 49,03	€ 42,25
40	€ 74,02	€ 57,07
45	€ 114,67	€ 80,80
50	€ 171,01	€ 116,80
55	€ 256,15	€ 172,72
60	€ 405,22	€ 271,39

Premio

	<table><tr><td></td><td>Sesso: Maschio</td><td>Sesso: Femmina</td></tr><tr><td>65</td><td>€ 760,15</td><td>€ 555,16</td></tr><tr><td>70</td><td>€ 1.153,60</td><td>€ 1.242,13</td></tr></table> Si precisa che gli importi di premio indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Compagnia solo dopo che l'Assicurato abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario sanitario (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica).		Sesso: Maschio	Sesso: Femmina	65	€ 760,15	€ 555,16	70	€ 1.153,60	€ 1.242,13
	Sesso: Maschio	Sesso: Femmina								
65	€ 760,15	€ 555,16								
70	€ 1.153,60	€ 1.242,13								
Rimborso	Nel caso di uscite di Assicurati per cause diverse dalla non autosufficienza, nel corso del singolo periodo di copertura assicurativa, ed anche a seguito di decesso, sarà rimborsato il rateo di premio, relativo al periodo per il quale il rischio non viene coperto, al netto dell'importo fisso di € 16,00.									
Sconti	Per questo prodotto non sono previsti sconti di premio.									

	Quando comincia la copertura e quando finisce?
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Vita.
Sospensione	Non è prevista la sospensione del contratto.

	Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?
Revoca	Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Recesso	Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Risoluzione	Non sono previste informazioni integrative rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

	Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO
Valori di riscatto e riduzione	<u>Il presente contratto non prevede alcun valore di riscatto e riduzione.</u>
Richiesta di informazioni	Non si prevede la possibilità di richiedere valori di riscatto o riduzione in quanto non presenti.

	A chi è rivolto questo prodotto?
Il prodotto è destinato: • <u>Ai Colletti Bianchi del Contraente e/o di eventuali società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti, senza accesso a cantieri e senza attività manuale.</u> • <u>L'assicurazione vale per le categorie professionali anzidette purché stipulata da un datore di lavoro in adempimento ad un obbligo derivante da un contratto o accordo collettivo di lavoro.</u> • <u>Hanno, quindi, diritto alla copertura assicurativa ai termini ed alle condizioni di cui al presente contratto, i soggetti sopra indicati purché inclusi in assicurazione dalla Contraente.</u> Il prodotto è destinato a persone che: • <u>Al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione abbiano un'età compresa tra i 18 e i 70 anni. L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli Assicurati che abbiano superato il 70° anno di età.</u>	

	Quali costi devo sostenere?		
Costi gravanti sul premio: <u>Il premio complessivo di polizza dovuto dalla Contraente comprende i diritti di polizza pari a € 25,00, che vanno ad aggiungersi alla somma dei premi mono-annuali calcolati per ciascun Assicurato.</u> <u>Spese del contratto</u> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Diritti di polizza</td><td>€ 25,00</td></tr> </table> <u>Per ogni Assicurato i costi di acquisizione e gestione del premio mono-annuale sono trattenuti dalla Compagnia che li detrae dall'importo del premio versato. I costi di acquisizione e gestione sono rappresentati nella tabella che segue e sono costituiti dai costi percentuali applicati al premio al netto della cifra fissa di € 16,00.</u> <u>Caricamenti</u>		Diritti di polizza	€ 25,00
Diritti di polizza	€ 25,00		

Diritti fissi	€ 16,00
Costi percentuali	15,00%(al netto dei diritti fissi)

Costi per il riscatto:

Non è previsto il riscatto.

Costi per l'erogazione della rendita:

Non sono presenti costi per l'erogazione della rendita.

Costi per l'esercizio delle opzioni:

Non sono presenti opzioni contrattuali.

Costi di intermediazione:

Nella tabella di seguito riportata, è data evidenza della quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto:

Provvigioni percepite in media dagli Intermediari (Quota parte dei costi in percentuale)
61,36%

Costi dei PPI:

Non sono presenti ulteriori costi non inclusi nelle altre sezioni.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Servizio Reclami – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia) – Fax 0458372354 – E-mail reclami@cattolicaassicurazioni.it indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'impresa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Tale sistema risulta obbligatorio per poter promuovere successivamente un'azione giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Nel caso in cui lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato non venga riconosciuto dalla Compagnia, la Contraente o l'Assicurato stesso hanno facoltà di promuovere - mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione della Compagnia - la decisione di un "Collegio Arbitrale", composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Compagnia, l'altro dalla Contraente o, su sua deroga, dall'Assicurato e il terzo scelto di comune accordo dai medici incaricati e in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dello stato di non autosufficienza ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, assumendo valore di convenzione. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in duplice esemplare, uno per ognuna delle Parti.

	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.
--	---

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<u>Imposta sui premi</u> I premi relativi al rischio di non autosufficienza sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni. <u>Regime fiscale dei premi</u> Nel caso in cui i premi concorrano a formare il reddito del lavoratore dipendente è riconosciuta annualmente una detrazione d'imposta ai fini IRPEF alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge; si precisa altresì che gli stessi costituiscono base imponibile previdenziale, ai fini della contribuzione INPS. In ogni caso l'importo dei premi versati costituisce onere deducibile dal reddito di impresa. <u>Tassazione delle somme assicurate</u> Le somme corrisposte in caso di non autosufficienza dell'Assicurato non sono soggette all'IRPEF. Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente DIP aggiuntivo e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente in relazione alla sottoscrizione del presente Contratto.

LA COMPAGNIA HA L'OBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO LA COMPAGNIA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

L600

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA
A PREMI MONO – ANNUALI IN FORMA DI RENDITA
IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione (MOD. L600)
sono parte integrante del Set Informativo,
unitamente ai documenti informativi precontrattuali:

- Documento informativo precontrattuale Vita (DIP Vita)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo Vita (DIP aggiuntivo Vita)
- Modulo di proposta

e sono redatte secondo le linee guida ANIA del 06/02/2018.

Business



PERSONA

Cattolica Assicurazioni ha una soluzione per tutto ciò che riguarda la tua vita. Perché la vita è fatta per essere vissuta.

PRONTI ALLA VITA. | cattolica.it | scarica l'app   

CATTOLICA
ASSICURAZIONI
DAL 1896

PRONTI ALLA CHIAREZZA

CONVENZIONI GRAFICHE APPLICATE NEI TESTI

ELEMENTI DI ATTENZIONE NELLE CONDIZIONI DI POLIZZA

Per rendere un po' più facili da capire cose per definizione complesse, abbiamo cercato di semplificare (ove possibile) il linguaggio assicurativo e applicato una coerenza – anche visiva – ai contenuti.

In questo fascicolo, gli elementi costanti sono stati armonizzati e gli elementi di attenzione vengono identificati da un intuitivo sistema di linee guida per la consultazione e la lettura.

All'inizio di ogni Sezione sono presenti box di consultazione, graficamente distinti e senza valore contrattuale, per introdurre le successive garanzie con un linguaggio più semplice. Con questi box ti aiuteremo a comprendere l'area di rischio interessata dalla Sezione e le esigenze assicurative che la stessa intende coprire.

MAIUSCOLO

titoli di sezioni, capitoli, articoli, paragrafi

grassetto

punti rilevanti, sottotitoli, parole di riferimento

corsivo

specifiche, richiami a norme o articoli



INFORMAZIONE IMPORTANTE

Le cose chiave e utili da sapere



FOCUS

Approfondimenti, specifiche, casi, esempi...



COSA FARE

Istruzioni, cosa fare o chi contattare in caso di...

SOMMARIO

GLOSSARIO

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA	5
---------------------------------------	----------

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	12
Art. 1 OGGETTO	12
Art. 2 ASSICURATI	12
Art. 3 LIMITI DI ETA'	13
Art. 4 DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA	13
Art. 5 PRESTAZIONI ASSICURATIVE	14
Art. 6 BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI	14
Art. 7 PERIODO DI CARENZA	15
SEZIONE 2 - REGOLAMENTAZIONE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE	16
Art. 8 ESCLUSIONI	16
Art. 9 PRESTAZIONI E CORRELATE OBBLIGAZIONI ALLA COMPAGNIA	17
SEZIONE 3 - DECORRENZA E CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, PREMI E RISOLUZIONE	18
Art. 10 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E RELATIVA DECORRENZA	18
Art. 11 PREMI DI ASSICURAZIONE	18
Art. 12 PAGAMENTO DEI PREMI E RISOLUZIONE	19
Art. 13 DOCUMENTI PRODOTTI DALLA COMPAGNIA	19
SEZIONE 4 - DURATA DEL CONTRATTO, INCLUSIONI ED ESCLUSIONI DURATE IL PERIODO ASSICURATIVO	21
Art. 14 DURATA DEL CONTRATTO E PROROGA TACITA	21
Art. 15 VARIAZIONE DEL PREMIO	21
Art. 16 MODALITA' DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO, DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE RELATIVA AI SINGOLI ASSICURATI	21
Art. 17 INCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO	22
Art. 18 ESCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO	22
Art. 19 DOCUMENTAZIONE SANITARIA – ACCERTAMENTI E DICHIARAZIONI DEGLI ASSICURATI	23
Art. 20 DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO	24
Art. 21 TASSE ED IMPOSTE	24
Art. 22 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO	25
Art. 23 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	25
SEZIONE 5 - COSA FARE IN CASO DI EVENTO, FRANCHIGIA E RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	26
Art. 24 CONDIZIONI DI DENUNCIA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA	26
Art. 25 MODALITA' DI ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	26
Art. 26 PERIODO DI FRANCHIGIA	26
Art. 27 MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE	27
Art. 28 RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	27
SEZIONE 6 - LEGGE APPLICABILE E CONFLITTO DI INTERESSI	28

Art. 29 CONTROVERSIE	28
Art. 30 CONFLITTI DI INTERESSI	28
Art. 31 COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE ALLA COMPAGNIA	28
Art. 32 FORO COMPETENTE	28
Art. 33 PRESCRIZIONE	29
Art. 34 MISURE RESTRITTIVE - SANCTIONS CLAUSE	29

GLOSSARIO

GLOSSARIO

“Per scegliere, devo capire.”

È giusto: per iniziare, ecco la raccolta dei termini – generali e specifici – presenti in queste Condizioni di Assicurazione, spiegati con linguaggio il più possibile chiaro.

Nel Glossario sono riportati i significati delle parole più importanti e ricorrenti utilizzate nelle condizioni contrattuali. Alcune voci sono comuni a tutte le garanzie, altre riguardano Sezioni o garanzie specifiche.

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA

A

ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL)

le attività ordinarie della vita quotidiana, sintetizzate nelle voci:

1. Mobilità: la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale;
2. Cura personale: la capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale del corpo;
3. Vestirsi, svestirsi: la capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali;
4. Nutrirsi: la capacità di consumare cibo, già cucinato e reso disponibile. Non si intende la capacità di prepararsi il cibo;
5. Usare i servizi: la capacità di recarsi al bagno, e di usare correttamente i servizi igienici;
6. Continenza: la capacità di gestire le funzioni intestinali e le funzioni della vescica mediante l'uso di indumenti protettivi o di appropriate apparecchiature chirurgiche, in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale del corpo.

ADEGUATA VERIFICA

L'Adeguata Verifica della Clientela costituisce l'aspetto più importante ai fini di un'efficace azione preventiva di contrasto ai fenomeni criminali del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.

Questa attività prevede i seguenti adempimenti:

- a. identificazione dei soggetti coinvolti nel rapporto assicurativo:
 - cliente (contraente) ed eventuale esecutore;
 - beneficiario ed eventuale esecutore (al momento della corresponsione della prestazione assicurativa);
 - eventuale titolare effettivo, cioè la persona fisica nell'interesse della quale è instaurato il rapporto assicurativo;
- b. verifica dell'identità dei soggetti coinvolti nel rapporto, di cui al punto a., sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente;
- c. acquisizione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo posto in essere;

d. esercizio di controllo costante nel corso del rapporto continuativo.

APPENDICE

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso insieme o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti, in ogni caso concordati tra la Società e il Contraente.

ASSICURATO

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto di assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare la prestazione assicurativa in forma di rendita al verificarsi dell'evento assicurato.

ASSOCIATO

Società o ente raggruppato, convenzionato o iscritto alla Contraente.

B**BENEFICIARIO**

Persona fisica che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato in polizza.

C**CARENZA**

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Se l'evento assicurato avviene in questo periodo, la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurativa.

CARICAMENTI

Parte del premio versato dalla Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Compagnia.

COLLETO BIANCO

Forza lavoro impiegatizia con funzioni di carattere intellettuale, non direttamente applicata all'attività produttiva ed estranea all'operatività sulle macchine delle fabbriche.

COMPAGNIA o IMPRESA o SOCIETÀ (DI ASSICURAZIONE)

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche compagnia o impresa di assicurazione, con la quale la Contraente stipula il contratto di assicurazione.

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Momento dell'accettazione da parte della Contraente del contratto emesso dalla Compagnia.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (O DI POLIZZA)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

CONTRAENTE

Persona giuridica che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

CONVENZIONE ASSICURATIVA

Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa. La Convenzione è stata sottoscritta tra la Compagnia e la Contraente.

COSTI (O SPESE)

Oneri a carico della Contraente gravanti sui premi versati.

COSTI ACCESSORI (O COSTI FISSI, O DIRITTI FISSI, O COSTI DI EMISSIONE, O SPESE DI EMISSIONE)

Oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico della Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

D**DEBITO RESIDUO**

Quanto residua in linea capitale, relativamente al Contratto di Finanziamento stipulato con la Contraente, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario, al netto di eventuali rate insolute.

DECORRENZA DELLA GARANZIA

Momento in cui le garanzie relative alle coperture assicurative dei singoli Assicurati divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

DETRAIBILITÀ FISCALE (DEL PREMIO VERSATO)

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

DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI

Informazioni fornite dalla Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione.

Se la Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento della Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

DIFETTI FISICI

Mancanza o imperfezione di un organo o di un apparato.

DIRITTO DI POLIZZA

Oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico della Contraente per l'emissione del contratto.

DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE (DUR)

Documento con il quale la Compagnia fornisce al Contraente il riepilogo annuale:

- dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata assicurata, i premi versati e quelli in arretrato;
- dell'importo dei costi e degli oneri a carico nell'anno di riferimento, con specifica indicazione della parte connessa al costo della distribuzione.

DURATA CONTRATTUALE

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

E**ESCLUSIONI/LIMITAZIONI**

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in

apposite clausole del contratto di assicurazione.

ESTENSIONE TERRITORIALE

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

ETÀ ASSICURATIVA

Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che qualora siano trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, con riferimento alla data di decorrenza dell'assicurazione, l'età dell'Assicurato si determina considerando un anno di più.

EVENTO

Momento in cui si verifica il sinistro.

F

FATCA

Il *Foreign Account Tax Compliance Act* è una normativa fiscale americana – recepita in Italia dalla Legge, 18 Giugno 2015, n. 95 che ha ratificato e dato esecuzione all'accordo Intergovernativo siglato tra Italia e Stati Uniti il 10 Gennaio 2014 – che, al fine di contrastare l'evasione fiscale da parte di cittadini e imprese statunitensi, prevede in capo alla Compagnia obblighi di identificazione e classificazione dello Status o meno di cittadino/contribuente americano.

La Compagnia è quindi obbligata ad acquisire alcune specifiche informazioni e una autocertificazione sottoscritta dal contraente (se persona fisica) o dal rappresentante legale (per le persone giuridiche). La Compagnia è inoltre obbligata a effettuare attività di monitoraggio, al fine di individuare prontamente eventuali variazioni delle informazioni sul cliente che possano comportare l'obbligo di comunicazione all'Agenzia delle Entrate e, conseguentemente, al fisco statunitense (Internal Revenue Service - IRS).

FRANCHIGIA (O PERIODO DI FRANCHIGIA)

Periodo di tempo, a decorrere dalla data di denuncia del sinistro, in cui le prestazioni non sono erogate.

I

IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ

Principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

INDENNIZZO

Somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

INFORTUNIO

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

INTERMEDIARIO

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposizione di contratti assicurativi, o presta assistenza e consulenza collegate a tale attività.

INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE (ITP)

Perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato, per sopravvenuta infermità o per sopraggiunto difetto fisico o mentale, oggettivamente accertabile, di svolgere in modo permanente ed a meno di un terzo del normale, la propria capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini.

IVASS (ex ISVAP)

L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la

legge n. 135 del 7 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP.

Ai sensi dell'art. 13, comma 42, della legge n. 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".

L

LIQUIDAZIONE

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

M

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

MALFORMAZIONE

Alterazione organica congenita.

N

NON AUTOSUFFICIENZA

L'evento assicurato coincidente con lo stato di incapacità dell'Assicurato fisica, totale e presumibilmente permanente di compiere, anche con l'aiuto di speciali apparecchiature, almeno 4 delle elencate ADL senza l'assistenza di una terza persona.

P

PERDITA DELLE CAPACITÀ MENTALI

Sono equiparate a non autosufficienza le forme di demenza senile che causano in modo irreversibile la perdita delle capacità cognitive (quali il morbo di Alzheimer e di Parkinson).

PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.

PERIODO ASSICURATIVO

Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza e fino alla data indicata nel modulo di polizza.

PERIODO DI COPERTURA (O DI EFFICACIA)

Periodo durante il quale le garanzie sono operanti.

POLIZZA

Documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

POLIZZA COLLETTIVA

Contratto di assicurazione stipulato da una Contraente costituita da una persona giuridica, quale ad esempio il datore di lavoro o un determinato ente rappresentante una categoria professionale, nell'interesse di un gruppo di Assicurati, quali ad esempio i dipendenti dell'azienda o gli appartenenti alla categoria professionale stessa.

POLIZZA DI PURO RISCHIO

Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

PREMIO COMPLESSIVO (O LORDO)

Importo complessivo da versare alla Compagnia quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

PREMIO MONO-ANNUALE

Importo che la Contraente corrisponde in soluzione unica alla Compagnia al momento della conclusione del contratto.

**PRESCRIZIONE**

Estinzione di un diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.

PRESTAZIONE ASSICURATIVA (O SOMMA ASSICURATA)

Somma pagabile sotto forma di rendita che la Compagnia garantisce all'Assicurato al verificarsi dell'evento assicurato.

PRINCIPIO DI COERENZA

Principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare la coerenza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

PRINCIPIO DI COERENZA

Principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dalla Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare la coerenza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

PROROGA

Prolungamento del periodo di durata del contratto di assicurazione.

Q**QUESTIONARIO SANITARIO (O ANAMNESTICO O SEMPLIFICATO)**

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

QUIETANZA

Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio.

Viene rilasciato su carta intestata della Compagnia in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza); è costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario in caso di accredito alla Compagnia, oppure dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

R**RENDITA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA**

In caso di perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, pagamento di una rendita da corrispondere dal momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza finché l'Assicurato è non autosufficiente e in vita.

RICORRENZA ANNUALE

L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

RISCHIO DEMOGRAFICO

In base alle statistiche su età, sesso, provenienza sociale e geografica si determina il rischio demografico, ovvero la differenza tra la durata della vita di una persona e la durata media della vita della popolazione. Il rischio demografico si verifica sia nel caso in cui la durata della vita dell'assicurato sia inferiore alla media statistica (rischio premorienza), sia nel caso in cui sia superiore (rischio longevità).

S**SCADENZA**

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

SET INFORMATIVO

L'insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente alla Contraente, prima della sottoscrizione del contratto, e pubblicati nel sito internet dell'impresa, composto da:

- DIP Vita
- DIP aggiuntivo Vita
- Condizioni di Assicurazione
- Glossario
- Modulo di Polizza

SINISTRO

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia.

SOVRAPPREMIO

Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

LE NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO

In questa prima parte vengono indicate le norme che regolano la copertura assicurativa

SEZIONE 1

OGGETTO DEL CONTRATTO

Che tipo di assicurazione è?

Il presente contratto è un'assicurazione collettiva a premio mono - annuale, rivolto a persone giuridiche - aziende, che manifestano la volontà di assicurare i propri dipendenti/collaboratori/amministratori in relazione al rischio di Non Autosufficienza (Copertura LTC) per rispettare quanto previsto dai Contratti Collettivi/Accordi e Regolamenti Aziendali o per offrire loro un benefit aziendale.

Art. 1 OGGETTO

Il presente contratto ha ad oggetto la copertura del rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana degli Assicurati, così come definiti al successivo Art. 2 - ASSICURATI. La garanzia si intende quindi estesa anche a favore dei lavoratori appartenenti a categorie protette, secondo quanto disposto al successivo articolo.

Fatto salvo il periodo di Carenza di cui all'Art. 7 PERIODO DI CARENZA delle presenti Condizioni di Assicurazione, la garanzia prevede, nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di non autosufficienza (ossia di dipendenza) nel corso del rapporto contrattuale, la corresponsione allo stesso di una rendita vitalizia da erogarsi secondo le modalità di cui all'Art. 27 – MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE.

L'assicurazione in forma di rendita in caso di non autosufficienza è un'assicurazione collettiva a premi mono -annuali rinnovabili fino alla scadenza del contratto, predefiniti nel loro ammontare al momento della conclusione del medesimo e per tutta la sua durata, che presuppone:

- un'unica Contraente ed un unico contratto di assicurazione;
- la determinazione della prestazione assicurativa, per ogni testa appartenente alla medesima categoria, in base a criteri uniformi indipendenti dalla diretta volontà dei singoli Assicurati. Gli importi delle rendite assicurate, indicati in polizza, sono comunicati dalla Contraente per ogni categoria e vengono determinati in conformità ai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria ovvero ai Contratti e/o Accordi e/o Regolamenti Aziendali in vigore.

Art. 2 ASSICURATI

La presente assicurazione è destinata ai Colletti Bianchi della Contraente e/o di eventuali società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti, senza accesso a cantieri e senza attività manuale.

L'accettazione del rischio dipende dall'attività professionale svolta.

L'assicurazione vale per le categorie professionali anzidette purché stipulata da un datore di lavoro in adempimento ad un obbligo derivante da un contratto o accordo collettivo di lavoro.

Hanno, quindi, diritto alla copertura assicurativa ai termini ed alle condizioni di cui al presente contratto, i soggetti sopra indicati purché inclusi in assicurazione dalla Contraente con le modalità previste agli Artt. 17 - INCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO e 18 - ESCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO.

Per i lavoratori appartenenti a categorie protette (quali, per esempio, i portatori di handicap) la garanzia opera, comunque, solo per i casi di non autosufficienza, così come meglio indicati al successivo Art. 4 – DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA, conseguenti ad infortunio, che si manifestino successivamente all'entrata in vigore del contratto e durante i periodi di copertura assicurativa.

Possono essere inclusi in assicurazione i soggetti Assicurati aventi età compresa tra i 18 e i 70 anni al momento dell'ingresso in copertura.

La Contraente e l'Assicurato devono avere la sede/domicilio per tutta la durata del contratto in Italia o in uno Stato nel quale la Compagnia sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi; qualora nel corso del contratto trasferiscano la sede/domicilio in uno Stato diverso da quelli di cui sopra, il contratto dovrà essere risolto e la Compagnia procederà a rimborsare la parte di premio non goduto.

Art. 3 LIMITI DI ETÀ

L'età dell'Assicurato deve essere espressa in anni interi, con riferimento alla data di decorrenza dell'assicurazione. Qualora siano trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, l'età si determina considerando un anno in più.

In casi particolari, previo consenso della Compagnia, su richiesta della Contraente, l'assicurazione potrà essere estesa anche a soggetti che abbiano già compiuto 70 anni di età al momento di inserimento in copertura. In questi casi la Compagnia si riserva la facoltà di valutare l'eventuale ingresso caso per caso, sottoponendo tali Assicurati a tutti gli accertamenti medici che si rendessero necessari. Dalla data della loro inclusione, anche per costoro l'assicurazione si rinnoverà annualmente fino alla scadenza del contratto.

Art. 4 DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

Per stato di non autosufficienza dell'Assicurato si intende l'incapacità fisica, totale e presumibilmente permanente di compiere, anche con l'aiuto di speciali apparecchiature e senza l'assistenza di una terza persona, le seguenti attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL):

1. Mobilità: la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale;
2. Cura personale: la capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale del corpo;
3. Vestirsi, svestirsi: la capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali;
4. Nutrirsi: la capacità di consumare cibo, già cucinato e reso disponibile. Non si intende la capacità di prepararsi il cibo;
5. Usare i servizi: la capacità di recarsi al bagno, e di usare correttamente i servizi igienici;
6. Continenza: la capacità di gestire le funzioni intestinali e le funzioni della vescica mediante l'uso di

indumenti protettivi o di appropriate apparecchiature chirurgiche, in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale del corpo.

Lo stato di non autosufficienza è determinato dalla incapacità di compiere almeno 4 ADL su 6.

Sono incluse nella copertura tutte le patologie nervose o mentali dovute a causa organica che determinano la perdita delle capacità cognitive (quali, per esempio, il morbo di Alzheimer o di Parkinson ovvero altre demenze senili invalidanti di origine organica). La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);
- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

L'Assicurato verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
- dalle risposte date dall'Assicurato a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive; la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni mediche;
- la capacità intellettuale dell'Assicurato è tale per cui, lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'Assicurato stesso o terzi soggetti con i quali venisse a contatto.

Art. 5 PRESTAZIONI ASSICURATIVE

5.1 PRESTAZIONE IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA DELL'ASSICURATO.



In caso di accertata non autosufficienza come previsto dall'Art. 25 – MODALITA' DI ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA, verrà erogata all'Assicurato stesso una rendita vitalizia, in rate mensili anticipate e di importo costante, il cui valore iniziale è stato prescelto dalla Contraente in sede di sottoscrizione del contratto per ogni categoria assicurata e riportato in polizza. Tale valore non potrà essere superiore a € 3.000,00 mensili.

La prestazione verrà erogata per intero a partire dal trentesimo giorno successivo all'accertamento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato ad opera della Compagnia. L'importo della prima rata di rendita liquidata includerà anche il valore delle rate di rendita già maturate e non ancora liquidate a partire dalla data della denuncia del sinistro fino al momento dell'accertamento della non autosufficienza. Dalla seconda mensilità riprenderà la Liquidazione del valore della prestazione concordata in polizza.

La rendita viene corrisposta fino a quando perdura lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato o fino al decesso di quest'ultimo.

5.2 PRESTAZIONE IN CASO DI AUTOSUFFICIENZA DELL'ASSICURATO.



In caso di autosufficienza dell'Assicurato alla data di scadenza dell'Assicurazione, il contratto non prevede alcuna prestazione, la polizza si intenderà estinta ed il premio acquisito dalla Compagnia.

Art. 6 BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI

I Beneficiari delle prestazioni di rendita sono gli stessi Assicurati.

E' data, tuttavia, ai singoli Assicurati facoltà di designare un Delegato incaricato della riscossione della rendita di non autosufficienza in loro vece. L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione anche successivamente al verificarsi dell'evento assicurato o durante l'erogazione della prestazione di rendita. La designazione e le sue eventuali revoche o modifiche, a cui va allegata fotocopia di un documento di identità in corso di validità dell'Assicurato, devono essere comunicate a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno alla Compagnia.

Art. 7 PERIODO DI CARENZA



La copertura assicurativa è subordinata, laddove previsto, alla produzione da parte dell'Assicurato della documentazione sanitaria prevista all'Art. 19 DOCUMENTAZIONE SANITARIA – ACCERTAMENTI E DICHIARAZIONI DEGLI ASSICURATI delle presenti “Condizioni di Assicurazione”.

Fermo restando quanto previsto al successivo Art. 8 - ESCLUSIONI, l'assicurazione rimane sospesa per un periodo di tre mesi, denominato “Periodo di Carenza”, che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione ai sensi del successivo Art. 10 – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E RELATIVA DECORRENZA, ovvero dall'inclusione in assicurazione del singolo Assicurato ai sensi dell'Art. 17 – INCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO.

Tale periodo di Carenza non trova applicazione qualora intervenga la perdita di autosufficienza dell'Assicurato quale conseguenza diretta di infortunio, malattia infettiva acuta o shock anafilattico avvenuti dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.



Il periodo di Carenza viene esteso ad un periodo di dodici mesi nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza dell'Assicurato quale conseguenza di patologie nervose o mentali dovute a causa organica (ad esempio, il morbo di Alzheimer e di Parkinson).



E' previsto un periodo di Carenza di 4 anni dalla data di decorrenza dell'assicurazione nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza dell'Assicurato quale conseguenza di sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata. L'Assicurato può richiedere che gli venga comunque accordata la piena copertura assicurativa senza tale periodo di Carenza, purché si sottoponga a visita medica e al test su l'HIV accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

In caso di sinistro durante il periodo di Carenza, la Compagnia non è tenuta ad erogare le prestazioni assicurative e l'assicurazione, con riferimento alla posizione del singolo Assicurato, si risolve, con l'impegno della Compagnia a corrispondere un importo pari alla somma dei versamenti di premio effettuati, al netto dei relativi Costi accessori.

SEZIONE 2

REGOLAMENTAZIONE NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

Art. 8 ESCLUSIONI

E' escluso dalla garanzia lo stato di non autosufficienza causato direttamente, indirettamente o parzialmente da:

- dolo della Contraente o del Beneficiario;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- tentato suicidio;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta della Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero. Oltre a ciò non sono coperti dalla presente assicurazione, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i sinistri derivanti da atto di guerra avvenuti al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso;
- partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc);
- incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio. La garanzia tuttavia è operante nel caso di viaggi compiuti dall'Assicurato in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;
- pratica anche puramente ricreativa delle seguenti attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce ghiacciate oltre il 3° grado (scala U.I.A.A – Unione Italiana Associazioni Alpine), partecipazione a corse, gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura, nonché alla partecipazione ad altre corse, gare ed incontri sportivi (e relative prove) in genere, salvo che esse abbiano carattere ricreativo, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.). Sarà possibile estendere la copertura ad alcune delle attività sportive sopra riportate, se praticate dall'Assicurato, dietro esplicita richiesta della Contraente e previa corresponsione del relativo Sovrappremio;
- fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei;
- abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;

- negligenza, imprudenza e imperizia nel seguire consigli medici;
- malattie, stati patologici, conseguenze di infortuni, difetti fisici, anomalie congenite (oppure handicap) e/o invalidità preesistenti alla data di stipula dell'assicurazione che avessero dato origine nei 12 mesi precedenti alla data stessa a ricovero ospedaliero per più di 7 giorni consecutivi ovvero ad assenza dal lavoro per 4 settimane consecutive;
- problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica.

Qualora lo stato di non autosufficienza sia causato direttamente, indirettamente o parzialmente da una delle ipotesi sopra indicate, la Compagnia non riconoscerà le prestazioni assicurative e il contratto si intenderà risolto. La Compagnia sarà tenuta a rimborsare un importo pari al rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduto, al netto dei relativi Costi accessori.

Art. 9 PRESTAZIONI E CORRELATE OBBLIGAZIONI ALLA COMPAGNIA

Le prestazioni e le correlate obbligazioni della Compagnia sono regolate esclusivamente dalla presente polizza e dalle eventuali Appendici dalla stessa debitamente sottoscritte.

SEZIONE 3

DECORRENZA E CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, PREMI E RISOLUZIONE

Art. 10 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E RELATIVA DECORRENZA

Il contratto si intende concluso nel momento dell'accettazione da parte della Compagnia; salvo diversa previsione contenuta nella polizza. La copertura assicurativa decorre dalle ore 00.00 del giorno indicato nella polizza e scade alle ore 00.00 del giorno ivi indicato, fermo comunque restando quanto contrattualmente stabilito per il pagamento del premio.

Non è prevista per la Compagnia la facoltà di recesso.

Art. 11 PREMI DI ASSICURAZIONE

Il Premio mono - annuale per ogni Assicurato si calcola tenendo in considerazione l'età raggiunta, il sesso e l'importo della rendita assicurata, al quale va aggiunto un **diritto fisso di € 16,00**.

Il Premio complessivo, dovuto dalla Contraente all'inizio di ciascun periodo di copertura assicurativa, verrà determinato sommando il premio previsto per ciascun Assicurato, come sopra descritto, a cui verrà aggiunto un **diritto fisso di polizza pari a € 25,00**.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno verranno stabiliti ratei di premio, riducendo i premi annui come sopra determinati, al netto dei diritti fissi, in proporzione alla durata della copertura.

Qualora il singolo periodo di copertura assicurativa sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti dalla garanzia assicurativa, ogni obbligazione della Compagnia dovrà ritenersi estinta ed i premi pagati dalla Contraente rimarranno acquisiti dalla Compagnia stessa.

Tabelle illustrative dei premi relativi all'assicurazione collettiva in forma di rendita in caso di non autosufficienza a prestazione annua costante.

Capitale assicurato: € 12.000 Rendita mensile: € 1.000 Sesso: Maschio		Capitale assicurato: € 24.000 Rendita mensile: € 2.000 Sesso: Maschio		Capitale assicurato: € 36.000 Rendita mensile: € 3.000 Sesso: Maschio	
Durata 1 anno		Durata 1 anno		Durata 1 anno	
Età	Importo di premio	Età	Importo di premio	Età	Importo di premio
30	€ 27,01	30	€ 38,02	30	€ 49,03
35	€ 27,01	35	€ 38,02	35	€ 49,03
40	€ 35,34	40	€ 54,68	40	€ 74,02
45	€ 48,89	45	€ 81,78	45	€ 114,67
50	€ 67,67	50	€ 119,34	50	€ 171,01
55	€ 96,05	55	€ 176,10	55	€ 256,15
60	€ 145,74	60	€ 275,48	60	€ 405,22
65	€ 264,05	65	€ 512,10	65	€ 760,15
70	€ 395,20	70	€ 774,40	70	€ 1.153,60

	Capitale assicurato: € 12.000 Rendita mensile: € 1.000 Sesso: Femmina		Capitale assicurato: € 24.000 Rendita mensile: € 2.000 Sesso: Femmina		Capitale assicurato: € 36.000 Rendita mensile: € 3.000 Sesso: Femmina
	Durata 1 anno		Durata 1 anno		Durata 1 anno
Età	Importo di premio	Età	Importo di premio	Età	Importo di premio
30	€ 24,75	30	€ 33,50	30	€ 42,25
35	€ 24,75	35	€ 33,50	35	€ 42,25
40	€ 29,69	40	€ 43,38	40	€ 57,07
45	€ 37,60	45	€ 59,20	45	€ 80,80
50	€ 49,60	50	€ 83,20	50	€ 116,80
55	€ 68,24	55	€ 120,48	55	€ 172,72
60	€ 101,13	60	€ 186,26	60	€ 271,39
65	€ 195,72	65	€ 375,44	65	€ 555,16
70	€ 424,71	70	€ 833,42	70	€ 1.242,13

Si precisa che gli importi di premio indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Compagnia solo dopo che l'Assicurato abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario sanitario (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica).

Art. 12 PAGAMENTO DEI PREMI E RISOLUZIONE

La Contraente è tenuta a pagare il premio unico, stabilito in polizza, alle rispettive scadenze tramite:

- bonifico bancario (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto ovvero sul conto della Compagnia (modalità prevista esclusivamente per i broker), fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Compagnia si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato direttamente a Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.;
- bonifico postale, postagiro (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia stessa al momento della stipula del contratto;
- assegno, recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato a: "Ragione sociale Agente", in qualità di Agente di Società Cattolica di Assicurazione".

Salvo diversi accordi scritti fra le parti, il premio deve essere pagato alla consegna della polizza o di sua Appendice, nella quale sarà evidenziata la data di pagamento e le modalità dello stesso. Copia di tali documenti dovrà essere restituita controfirmata alla Compagnia.

Per tali pagamenti è concesso il termine di rispetto di 60 giorni, trascorso il quale la Compagnia ha il diritto di dichiarare, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, la risoluzione del contratto.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto.

Art. 13 DOCUMENTI PRODOTTI DALLA COMPAGNIA

La Compagnia rilascerà alla Contraente in occasione di ciascun versamento - e per ciascuna delle

eventuali società od enti alla stessa raggruppati, associati, convenzionati o iscritti - una Appendice relativa ai premi complessivamente dovuti accompagnata dall'Elenco degli Assicurati di cui all'Allegato 1, facente parte integrante del presente contratto, nel quale saranno elencati gli Assicurati, le relative rendite, i premi e la durata della garanzia.

Eventuali rilievi sui dati evidenziati in tale elenco dovranno essere comunicati alla Compagnia tempestivamente e, comunque, entro 60 giorni dalla data di ricevimento, per le opportune rettifiche.

SEZIONE 4

DURATA DEL CONTRATTO, INCLUSIONI ED ESCLUSIONI DURANTE IL PERIODO ASSICURATIVO

Art. 14 DURATA DEL CONTRATTO E PROROGA TACITA

Premesso che la Compagnia si impegna a mantenere ferme le condizioni contrattuali di cui al presente contratto per la durata di cinque anni, l'assicurazione collettiva in forma di rendita in caso di non autosufficienza ha una durata annuale e si rinnova automaticamente, alla scadenza, di anno in anno, in mancanza di diversa volontà espressa a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno inviata da parte della Contraente almeno 30 giorni prima della scadenza stessa.

Le coperture assicurative, relative ad ogni singolo Assicurato, si rinnovano di volta in volta ad ogni ricorrenza annua, anche per quegli Assicurati che in corso di assicurazione hanno superato il limite di età di cui al precedente Art. 3 – LIMITI DI ETÀ'.

Resta inteso che eventuali modifiche alle presenti Condizioni di polizza, stabilite dall'Autorità di Vigilanza, dovranno essere applicate fin dal primo rinnovo annuale dell'assicurazione.

Art. 15 VARIAZIONE DEL PREMIO

Alla scadenza dell'assicurazione collettiva a seguito di decisioni legislative o regolamentari aventi come conseguenza la modifica degli impegni della Compagnia o nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio applicato alla presente polizza evidenzino un significativo scostamento rispetto all'andamento futuro previsto, la Compagnia si riserva il diritto di modificare il costo delle coperture assicurative mono - annuali, differenziate per sesso ed età, e non rinnovare l'assicurazione alle presenti Condizioni di polizza.

La Compagnia si impegna ad apportare modifiche di tariffa ad intervalli non inferiori a 5 anni.

Art. 16 MODALITA' DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO, DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE RELATIVA AI SINGOLI ASSICURATI

Fermo restando quanto previsto ai precedenti Artt. 7 – PERIODO DI CARENZA e 8 - ESCLUSIONI, la copertura assicurativa decorre dalla data indicata nella polizza ed è subordinata:

- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari eventualmente richiesti ai sensi del successivo Art. 19 - DOCUMENTAZIONE SANITARIA – ACCERTAMENTI E DICHIARAZIONI DEGLI ASSICURATI, a condizione che tale esito sia stato reso noto alla Compagnia, con la consegna di tutta la relativa documentazione, e dalla stessa formalizzato attraverso l'emissione di una apposita Appendice;
- alle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento dell'adesione;
- al pagamento del premio, fermo restando quanto previsto al precedente Art. 12 – PAGAMENTO DEI PREMI E RISOLUZIONE.

Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica previsti dal Regolamento IVASS N. 44 del 12 febbraio 2019, la Compagnia non potrà dare corso al perfezionamento del presente contratto.

In sede di instaurazione del rapporto assicurativo stipulate con controparti in virtù di accordi collettivi, il soggetto esecutore del cliente persona giuridica controparte, qualora gli accordi prevedano che l'onere del pagamento del premio ricada (anche solo in quota parte) su ciascun soggetto assicurato, dichiara di rappresentare anche questi ultimi nell'esecuzione del singolo rapporto.

La Contraente si impegna per ciascun Assicurato, per il quale verrà richiesto l'inserimento in copertura assicurativa, a provvedere ai seguenti adempimenti:

- **effettuare l'elencazione nominativa degli Assicurati, con l'indicazione della data e del luogo di nascita, del luogo di residenza, del codice fiscale e della rendita da garantire e della società di appartenenza, laddove diversa dalla Contraente. Gli elenchi degli Assicurati potranno essere forniti anche su supporto informatico, previo accordo con la Compagnia;**
- **consegnare l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali predisposta e resa disponibile dalla Compagnia ovvero scaricabile dal relativo sito internet e raccogliere il consenso degli Assicurati al trattamento di tali dati;**
- **consegnare agli Assicurati copia delle presenti "Condizioni di polizza che regolano l'assicurazione in forma di rendita in caso di non autosufficienza";**
- **consegnare ogni altro documento previsto dal contratto di assicurazione ovvero dalle condizioni di polizza.**

La Contraente sarà tenuta a fornire ogni ulteriore documentazione richiesta dalla Compagnia per l'inserimento degli Assicurati nella polizza collettiva e per il pagamento delle prestazioni assicurative.

Le comunicazioni di cui al precedente comma devono essere effettuate per tutti i nuovi ingressi nel corso del periodo di validità dell'assicurazione.

Almeno 15 giorni prima della scadenza di ciascun periodo di copertura assicurativa, la Contraente dovrà comunicare, per il conseguente rinnovo, le eventuali modifiche intervenute nella Contraente medesima (e/o nelle società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) e le eventuali variazioni da apportare per ciascun Assicurato in conformità al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di categoria, ovvero al Contratto e/o Accordo e/o Regolamento Aziendale in vigore.

Art. 17 INCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO

Per Assicurati inclusi in copertura, nel corso del periodo assicurativo, si applicherà un rateo di premio calcolato in 360esimi determinato riducendo il relativo premio mono - annuale in proporzione alla durata della copertura.

Le operazioni di inclusione verranno perfezionate attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Compagnia e contestuale pagamento del premio da parte della Contraente.

Fermo restando quanto previsto ai precedenti Artt. 7 – PERIODO DI CARENZA e 8 - ESCLUSIONI, la garanzia assicurativa decorrerà dalle ore 00.00 del giorno di inclusione del singolo Assicurato in polizza e scadrà alle ore 00.00 del giorno ivi indicato, rinnovandosi automaticamente di anno in anno sino alla scadenza quinquennale del contratto di assicurazione.

Art. 18 ESCLUSIONI NEL CORSO DEL PERIODO ASSICURATIVO

Nel caso di uscite di Assicurati per cause diverse dalla non autosufficienza, nel corso del singolo periodo di copertura assicurativa, ed anche a seguito di decesso, sarà rimborsato il rateo di premio, relativo al periodo per il quale il rischio non viene coperto, al netto dell'importo fisso di € 16,00.

Le operazioni di esclusione verranno perfezionate attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Compagnia.

La garanzia assicurativa cesserà di essere operativa alle ore 00.00 del giorno di esclusione dalla

polizza del singolo Assicurato.

L'uscita degli Assicurati deve essere comunque richiesta dalla Contraente anche in caso di risoluzione del rapporto di lavoro e/o collaborazione e/o associazione ovvero di revoca di incarichi in essere tra la Contraente (e/o società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) e gli Assicurati. In tale ipotesi, la garanzia assicurativa cesserà a decorrere dalla data di efficacia della risoluzione del rapporto di lavoro e/o collaborazione e/o associazione ovvero di revoca di incarico.

Art. 19 DOCUMENTAZIONE SANITARIA – ACCERTAMENTI E DICHIARAZIONI DEGLI ASSICURATI

Ai fini della copertura assicurativa è previsto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato secondo quanto riportato nella tabella che segue.

NUMEROSITÀ GRUPPO ASSICURATI

	$\leq a 10$	$11 < x \leq a 50$	$51 < x \leq a 250$
per rendite da € 0,00 a € 1.000,00	per assicurati con età all'ingresso inferiore o uguale a 55 anni: QS per assicurati con età all'ingresso superiore a 55 anni: QS + VM	FC	FC
per rendite da € 1.000,01 a € 2.000,00	QS + VM	QS	FC
per rendite da € 2.000,01 a € 3.000,00	QS + VM	QS + VM	per assicurati con età all'ingresso inferiore o uguale a 55 anni: FC per assicurati con età all'ingresso superiore a 55 anni: QS + VM

Legenda:

FC: l'assicurazione viene assunta senza alcun accertamento di carattere sanitario

QS: l'assicurazione viene assunta attraverso la compilazione da parte degli Assicurati di un apposito questionario sanitario concernente il loro stato di salute fornito dalla Compagnia a richiesta ovvero scaricabile dal relativo sito internet

VM: l'assicurazione viene assunta dopo l'effettuazione delle visite mediche e degli eventuali esami clinici previsti e la compilazione del questionario sanitario. Tale documentazione verrà fornita dalla Compagnia a richiesta ovvero acquisita attraverso il relativo sito internet

La Compagnia si riserva comunque – anche in relazione alle caratteristiche e alla numerosità del gruppo di Assicurati ed all'entità delle prestazioni – il diritto di richiedere specifici documenti o ulteriori accertamenti sanitari da effettuarsi, questi ultimi, presso i propri medici fiduciari.

Gli accertamenti sanitari e gli esami effettuati, **il cui onere resta a totale carico dell'Assicurato che si rivolge per gli accertamenti sanitari richiesti presso il suo medico di fiducia**, verranno – di norma – considerati validi per cinque anni, a decorrere dalla data di ingresso in assicurazione, anche per la valutazione di rischi diversi da quelli per i quali sono stati prodotti. Qualora la Compagnia ritenesse di abbreviare tale periodo di validità, a seguito di risultanze oggettive derivanti dallo stato di salute

dell'Assicurato, sarà tenuta a comunicarlo immediatamente alla Contraente.

In relazione alle prestazioni previste dal presente contratto, qualora sia richiesta la compilazione di documentazione concernente lo stato di salute dell'Assicurato (ivi incluso il questionario sanitario), la Contraente prende atto delle seguenti avvertenze, che si impegna a sua volta a richiamare all'attenzione degli Assicurati:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Art. 20 DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

La Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

A) HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE/ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto dichiarando alla Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine dianzi indicato;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata se l'Assicurato abbia negato di essere affetto anche da una sola delle patologie indicate nel Questionario Sanitario, quando previsto, considerato che la Compagnia in tal caso non avrebbe dato il suo consenso alla stipula dell'assicurazione;
- di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso, nella forma assicurativa a premio annuo, al premio convenuto per il primo anno.

B) HA DIRITTO, QUANDO LA CONTRAENTE/ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Decorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o della sua riattivazione, il Contratto tuttavia non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti rese dalla Contraente o dall'Assicurato, **salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta in malafede.**

L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base alla data di nascita effettiva, del capitale assicurato.

Art. 21 TASSE ED IMPOSTE

Le tasse ed imposte relative al contratto sono a carico della Contraente.

Art. 22 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Il presente contratto è regolato dalla legge della Repubblica Italiana.

Art. 23 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, si applicano le norme di legge in materia.

SEZIONE 5

COSA FARE IN CASO DI EVENTO, FRANCHIGIA E RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Art. 24 CONDIZIONI DI DENUNCIA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Per attivare la procedura di Liquidazione delle prestazioni previste in polizza, la denuncia deve essere resa per iscritto, accompagnata dalla documentazione richiesta ai sensi dell'Art. 25 – MODALITA' DI ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA, tramite e-mail al seguente indirizzo sinistricollettivevita@cattolicaassicurazioni.it oppure lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. – Operations Vita - Gestione Portafoglio - Maciachini Business Park - MAC 1, Via Benigno Crespi, 19 - 20159 Milano.

A partire dalla data di ricezione della denuncia da parte della Compagnia si attiverà la relativa procedura di accertamento.

Per rendere più rapido ed efficace l'intervento, prima di contattare la Compagnia, si invita a prendere nota dei seguenti dati:

- numero di polizza;
- cognome e nome dell'Assicurato, suo indirizzo o recapito temporaneo (indirizzo, numero di telefono e di eventuali fax e telex);
- nonché, in base al tipo di prestazione richiesta, le altre eventuali informazioni utili all'esecuzione della prestazione stessa.

Art. 25 MODALITA' DI ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Verificatasi la perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato, la Contraente ovvero l'Assicurato medesimo, od altro soggetto per loro conto, devono richiederne per iscritto (tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno) il riconoscimento alla Compagnia secondo quanto previsto all'Art. 24 - CONDIZIONI DI DENUNCIA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA, entro e non oltre 30 giorni dalla data dell'Evento o da quando ne hanno avuto la possibilità.

Alla lettera di denuncia vanno allegati i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato e, in particolare, una relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatta dal medico curante o dal medico ospedaliero, su apposito modello fornito dalla Compagnia (vedi Modulo di denuncia dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato), che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, nonché la data della sua relativa sopravvenienza, e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

Dalla data di ricevimento di tale documentazione (data di denuncia del sinistro) da parte della Compagnia, decorre il periodo di accertamento. La Compagnia si riserva di richiedere all'Assicurato informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Ultimati i controlli medici, la Compagnia comunica per iscritto all'Assicurato/Contraente, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno lo stato di non autosufficienza.

La Compagnia si riserva di accertare la non autosufficienza con medici di sua fiducia.

Art. 26 PERIODO DI FRANCHIGIA

L'importo della rendita verrà corrisposto all'Assicurato se perdura lo stato di non autosufficienza dopo che sia trascorso un periodo di franchigia di 30 giorni. Tale termine decorre dalla data di denuncia del sinistro.

Decorso il predetto periodo di franchigia, all'Assicurato che permane in stato di dipendenza verranno erogate insieme alla prima rata di rendita in scadenza anche le rate di rendita già maturate dalla data di denuncia del sinistro fino al momento dell'accertamento della non autosufficienza e non ancora liquidate, secondo le modalità stabilite all'Art. 27 - MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE delle presenti condizioni di polizza.

Il decesso dell'Assicurato, intervenuto dopo la denuncia del sinistro e durante il periodo di franchigia non darà luogo all'erogazione della prestazione da parte della Compagnia. Alla Contraente verrà pertanto restituito il rateo di premio non goduto al netto dei Costi accessori.

Art. 27 MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

Entro 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione, la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza, sempreché siano stati ottemperati gli obblighi di denuncia di cui all'Art. 25 – MODALITA' DI ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.

Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non autosufficienza e quindi il diritto alle prestazioni assicurative, **e purché sia decorso il periodo di franchigia di cui all'Art. 26 - PERIODO DI FRANCHIGIA**, la Compagnia inizia a corrispondere all'Assicurato la rendita in rate mensili anticipate. Maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta, la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, provvederà a eseguire i pagamenti. Se il pagamento non avviene entro questo termine, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli aventi diritto gli interessi moratori calcolati fino alla data di effettivo pagamento. Questi interessi sono dovuti dal giorno della mora, **al tasso legale determinato secondo la legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.**

Ogni pagamento viene effettuato direttamente dalla Direzione a mezzo bonifico bancario a favore dell'Assicurato.

Art. 28 RIVEDIBILITA' DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Durante il periodo di erogazione della rendita, la Compagnia si riserva la facoltà di procedere annualmente, ove lo ritenga opportuno, ad un controllo sanitario sullo stato di salute dell'Assicurato attraverso un medico di propria fiducia. L'accertamento si svolgerà presso il domicilio dell'Assicurato o presso l'Ente di cura dove si trova ricoverato l'Assicurato stesso.

La Compagnia potrà, inoltre, richiedere i documenti che riterrà necessari per valutare lo stato di salute dell'Assicurato ed in particolare quelli che attestino la permanenza dello stato di dipendenza.

Qualora l'accertamento evidenzia la cessazione dello stato di dipendenza, la Compagnia comunica alla Contraente ed all'Assicurato la sospensione del pagamento della rendita, a decorrere dal mese successivo alla comunicazione stessa. In tale ipotesi, per mantenere l'Assicurato in copertura, la Contraente dovrà pagare il premio o il rateo di premio mono - annuale a partire dalla data di ricevimento della comunicazione di sospensione di pagamento della rendita da parte della Compagnia.

In ogni caso, un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato dovrà essere indirizzato alla Compagnia ad ogni ricorrenza annua dalla Liquidazione della prima rata di rendita. La Compagnia si riserva il diritto di richiedere tale documento in ogni momento lo ritenga necessario.

Nel caso in cui l'Assicurato si rifiuti di sottomettersi ad un controllo o di consegnare i documenti richiesti, il pagamento della rendita verrà sospeso fino all'effettivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato.

Durante il periodo di pagamento della rendita, se l'Assicurato esce dallo stato di dipendenza è tenuto a darne comunicazione alla Compagnia entro un periodo di 30 giorni. Inoltre gli eredi dell'Assicurato dovranno informare la Compagnia dell'intervenuto decesso dell'Assicurato entro i 30 giorni successivi alla data del decesso. Le eventuali rate di rendita pagate oltre tali termini dovranno essere restituite alla Compagnia.

SEZIONE 6

LEGGE APPLICABILE E CONFLITTO DI INTERESSI

Art. 29 CONTROVERSIE

Nel caso in cui lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato non venga riconosciuto dalla Compagnia, la Contraente o l'Assicurato stesso hanno facoltà di promuovere - mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione della Compagnia - la decisione di un "Collegio Arbitrale", composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Compagnia, l'altro dalla Contraente o, su sua deroga, dall'Assicurato e il terzo scelto di comune accordo dai medici incaricati e in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dello stato di non autosufficienza ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, assumendo valore di convenzione.

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

Art. 30 CONFLITTI DI INTERESSI

La Compagnia fornisce informazioni sul conflitto di interesse, sulla natura e le fonti del conflitto, mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet www.cattolica.it.

La Compagnia, in ogni caso, opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi della Contraente.

Art. 31 COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE ALLA COMPAGNIA

In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..

In caso di trasferimento della sede/domicilio della Contraente/Assicurato in un altro Stato membro dell'Unione Europea, eventualmente intervenuto in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia entro i 30 giorni successivi. L'inosservanza di tale obbligo comporta il rimborso di quanto eventualmente corrisposto dalla Compagnia alla locale Autorità fiscale, a qualunque titolo, in conseguenza della mancata comunicazione.

Art. 32 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al contratto di assicurazione è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo della sede, residenza o domicilio elettivo della Contraente o dell'Assicurato.

Art. 33 PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di dieci anni che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere. In caso di mancato esercizio di tali diritti entro detti termini, troverà applicazione la legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, pertanto le prestazioni saranno devolute al fondo di cui alla citata legge.

Art. 34 MISURE RESTRITTIVE - SANCTIONS CLAUSE

La Compagnia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone la Compagnia a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA A PREMI MONO - ANNUALI IN FORMA DI RENDITA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Modulo di polizza

Agenzia Utente Codice prodotto Rischio comune con polizza Sostituisce polizza	Codice convenzione	Numero polizza Data polizza Codice tariffa	L600
---	--------------------	--	-------------

CONTRAENTE

Ragione sociale
Indirizzo
Comune
C.A.P.
Provincia

Partita IVA
Ramo attività
Settore
Nazione

ASSOCIATO

Ragione sociale
Indirizzo
Comune
C.A.P.
Provincia

Partita IVA
Ramo attività
Settore
Nazione

ASSICURATI

Soggetti indicati nell'elenco allegato composto da _____ fogli

DATI TECNICI DI POLIZZA

Garanzie	Assicurazione in caso di non autosufficienza	Esclusioni	si rimanda all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.
Decorrenza - Data: Scadenza - Data Premio complessivo Rata alla firma Rendita totale polizza	Ora: Ora:	Durata copertura in giorni Numero teste assicurate Tipo di premio Premio al netto dei diritti Diritti di polizza Diritti fissi	

Luogo e data

La Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Lungadige Cangrande 16 - 37126 Verona - Italia - Pec cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 045 8 391 111 - Cap. Soc. Euro 685.043.940,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - P. IVA del Gruppo IVA Assicurazioni Generali n. 01333550323 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Rappresentante del Gruppo IVA: Assicurazioni Generali S.p.A. - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923.
www.cattolica.it

DICHIARAZIONI DELLA CONTRAENTE

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA DI POLIZZA:

- del Set Informativo;
- dell'informativa precontrattuale contenente le informazioni sull'intermediario e sulle regole che è tenuto a seguire nei confronti dei clienti, sui potenziali conflitti di interesse e sugli strumenti di tutela del cliente, sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita qualora prevista e sulle remunerazioni percepite (documenti predisposti e rilasciati dall'intermediario).

IL CONTRAENTE DICHIARA INOLTRE:

- di aver ricevuto il questionario per la valutazione della coerenza del contratto;
- di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa ai sensi del regolamento UE 2016/679 e successive modifiche.

La Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

Il Contraente si impegna a consegnare le Condizioni di Assicurazione ai singoli Assicurati all'ingresso in Assicurazione.

La Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., il Contraente approva espressamente e sottoscrive la seguente clausola: Art. 14 – Durata del contratto e proroga tacita; Art. 24 – Condizioni di denuncia in caso di non autosufficienza.

Il Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

La Compagnia ha predisposto sul proprio sito internet, in seguito all'emanazione del Provvedimento IVASS n. 7 del 16/07/2013, un'apposita area riservata, tramite la quale sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, nonché, qualora contrattualmente previsti tali dati, lo stato dei pagamenti, le relative scadenze, i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate. Potrà richiedere le credenziali per l'accesso all'area a Lei riservata (home insurance) secondo le modalità pubblicate nella Home Page del sito internet della Compagnia.

AVVERTENZE

Nell'ipotesi in cui, in relazione alle prestazioni previste dal presente contratto, sia richiesta la compilazione di documenti concernenti lo stato di salute dell'Assicurato (ivi inclusi il questionario semplificato concernente lo stato di salute e/o il questionario sanitario), la Contraente prende atto delle seguenti avvertenze, che si impegna a sua volta a richiamare all'attenzione degli Assicurati:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute. Ogni onere rimarrà esclusivamente a carico dell'Assicurato.

Luogo e data:

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

La Contraente
(Timbro della Società e Firma del Legale Rappresentante)

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento del premio unico di Euro _____ deve essere effettuato tramite

- bonifico bancario, bonifico postale, postagiorno (specificando obbligatoriamente come causale la dicitura "Polizza vita", il codice agenzia ed il numero di proposta di polizza) accreditando l'importo sul conto di Agenzia autorizzato dalla Compagnia che verrà indicato dall'Agenzia al momento della stipula del contratto ovvero sul conto della Compagnia (modalità prevista esclusivamente per i broker), fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Compagnia si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato direttamente a Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.;
- assegno, recante tassativamente la clausola di non trasferibilità, intestato al "Nome Cognome (Ragione sociale) Agente, in qualità di Agente di Società Cattolica di Assicurazione.

Luogo e data:

L'Intermediario
(Firma leggibile)

La Contraente
(timbro e firma leggibili)