



GENERALI



LUNGAVITA **LONG TERM CARE**



**Contratto di assicurazione di rendita vitalizia immediata anticipata
a premio annuo rivalutabile, pagabile in caso di perdita
di autosufficienza nel compimento degli atti
della vita quotidiana**



Il presente fascicolo informativo, contenente

- **nota informativa**
- **condizioni di assicurazione, comprensive del regolamento della gestione separata**
- **glossario**
- **modulo di proposta**

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa.

Data ultimo aggiornamento: 01/07/2013

NOTA INFORMATIVA

LUNGAVITA **LONG TERM CARE**



**Contratto di assicurazione di rendita vitalizia immediata anticipata
a premio annuo rivalutabile, pagabile in caso di perdita
di autosufficienza nel compimento degli atti
della vita quotidiana**



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

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1.

Informazioni generali

Generali Italia S.p.A. è una società appartenente al gruppo Generali.

- La sede legale è in Via Marocchessa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA.
- Recapito telefonico: 041.5492111; sito internet: www.generali.it; indirizzo di posta elettronica: info@generali.it.
- L'impresa di assicurazione è autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927, ed è iscritta al numero n. 1.00021 dell'Albo delle imprese di assicurazione.

Si rinvia al sito internet dell'impresa per la consultazione di eventuali aggiornamenti al presente fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

2.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Patrimonio netto al 31.12.2012: 1.856,77 milioni di euro di cui 618,63 relativi al capitale sociale e 1.238,14 al totale delle riserve patrimoniali.

Indice di solvibilità della gestione vita: 1,37 (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente)¹.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3.

Prestazioni assicurative e garanzie offerte

LUNGAVITA LONG TERM CARE è a vita intera, pertanto la durata del contratto coincide con la vita dell'assicurato.

Il contratto prevede, a seguito dei versamenti stabiliti, nel caso di perdita di autosufficienza permanente dell'assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, la liquidazione al beneficiario di una rendita vitalizia.

Si rinvia all'articolo 1 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione.

Il contratto prevede il riconoscimento anticipato di un rendimento finanziario pari al 2% annuo (tasso di interesse tecnico), impiegato nel calcolo iniziale delle prestazioni.

Avvertenza: sulla copertura è presente un periodo di carenza (sospensione della copertura del rischio assicurato); si rinvia all'art. 1 delle condizioni di assicurazione per i dettagli.

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della società, le dichiarazioni del contraente e dell'assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In particolare si richiama l'attenzione sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel modulo di proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.

¹ I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato.

4.

Premi

Il premio è determinato in relazione alla prestazione, al suo ammontare, all'età dell'assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali svolte e alle abitudini di vita (sport, mezzi di trasporto utilizzati, ...).

LUNGAVITA LONG TERM CARE prevede la corresponsione di premi annui rivalutabili pagati per tutta la durata del piano di versamento dei premi, e comunque non oltre la morte dell'assicurato o la data della denuncia di perdita di autosufficienza nel caso questa sia riconosciuta.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- tramite bancomat, dove disponibile;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla società;
- con assegno intestato o girato alla società con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla società;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (RID);
- per mezzo di pagamento effettuato in pari data con liquidazione di polizza/e emessa/e dalla società;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Non sono ammessi pagamenti in contanti.

Il versamento del premio può essere effettuato presso l'agenzia cui è assegnato il contratto, oppure presso la sede della società in Mogliano Veneto - Treviso.

Il contraente può versare il premio annuo in più rate in funzione delle proprie esigenze. In tal caso il premio annuo viene maggiorato dell'addizionale di frazionamento indicata al punto 6.1.1 della presente nota informativa.

5.

Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

LUNGAVITA LONG TERM CARE prevede la rivalutazione annuale delle prestazioni in funzione del rendimento conseguito dalla gestione separata GESAV.

Si rinvia all'art. 2 delle condizioni di assicurazione relativo alla clausola di rivalutazione e al regolamento della gestione separata, che forma parte integrante delle condizioni di assicurazione.

C. INFORMAZIONI SU COSTI E REGIME FISCALE

6.

Costi

6.1. Costi gravanti direttamente sul contraente

6.1.1. Costi gravanti sul premio

Diritti	
di emissione	10,33 euro
di quietanza	0,77 euro

I diritti di quietanza sono applicati alle rate di premio successive a quella di perfezionamento.

Caricamenti	
Cifra fissa	30,00 euro per ogni annualità di premio
Costi percentuali	15,0%

I costi percentuali sono applicati al premio al netto dei diritti di emissione o quietanza e della cifra fissa.

Addizionali di frazionamento	
Semestrale	2,0%
Quadrimestrale	2,5%
Trimestrale	3,0%
Bimestrale	3,5%
Mensile	4,5%

6.2. Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili

Importo somma premi	Valore trattenuto in punti percentuali assoluti sul rendimento della gestione separata
fino a € 9.999,99	1,2
da € 10.000,00 e fino a € 19.999,99	1,1
da € 20.000,00	1,0

Intervallo di rendimento della gestione separata	Punti percentuali assoluti di incremento del valore trattenuto
pari o superiore al 7% ed inferiore al 8%	0,1
pari o superiore al 8% ed inferiore al 9%	0,2
...	...
Per ogni ulteriore uguale intervallo di rendimento di un punto percentuale, il valore trattenuto aumento di 0,1 punti percentuali assoluti.	

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

Quota parte percepita dall'intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale: 7,97%.

7.

Regime fiscale

È riportato di seguito il trattamento fiscale applicato al contratto, che dipende dalla situazione individuale di ciascun contraente (o beneficiario, qualora diverso) e che può essere soggetto a modifiche future.

Detrazione fiscale dei premi

Il premio afferente al rischio di non autosufficienza dà diritto, nella misura del 19% da applicare sull'ammontare massimo di premio di 1.291,14 Euro, a una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal contraente.

Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'assicurato, se diverso dal contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.

Tassazione delle prestazioni assicurate

Le somme dovute dalla società in dipendenza dell'assicurazione sulla vita qui descritta corrisposte a persona fisica in caso di perdita di autosufficienza dell'assicurato sono esenti dall'IRPEF.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8.

Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'art. 4 delle condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

9.

Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il contraente può risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.
Avvertenza: l'interruzione del pagamento dei premi produce effetti negativi in capo al contraente.
Si rinvia all'art. 5 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

10.

Riscatto e riduzione

Non è previsto un valore di riscatto.

Si rinvia all'art. 5 delle condizioni di assicurazione per le modalità di determinazione dei valori di riduzione.

In caso di interruzione del pagamento dei premi, è possibile riattivare il contratto: si rinvia all'art. 6 delle condizioni di assicurazione per modalità, termini e condizioni economiche.

Il contraente può chiedere informazioni sul valore di riduzione presso l'agenzia cui è assegnato il contratto.

L'ufficio della società cui chiedere informazioni circa il predetto valore è:
Generali Italia S.p.A. - Funzione Customer Service
Via Marocchesa, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA
Fax Verde: 800.961987
e-mail: assistenza_clienti@generali.it

11.

Revoca della proposta

Il contraente può revocare la proposta di assicurazione inviando all'agenzia, presso la quale è stata sottoscritta, una lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà; entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la società restituisce al contraente, per mezzo della medesima agenzia, gli importi eventualmente già pagati.

12.

Diritto di recesso

Il contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.
Per il recesso dal contratto deve essere inviata all'agenzia, presso la quale è stato assegnato, una lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la società rimborsa al contraente il premio versato, diminuito delle eventuali imposte e della parte relativa al rischio assunto per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto e delle spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto di cui al punto 6.1.1 della presente nota informativa, a condizione che siano quantificate nella proposta di assicurazione e in polizza.

13.

Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

Per la liquidazione delle prestazioni assicurate del contratto è necessario fornire alla società la documentazione indicata all'art. 7 delle condizioni di assicurazione.

La società esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento presso l'agenzia cui è assegnato il contratto della documentazione completa.

Si evidenzia che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui ciascun diritto si fonda (art. 2952 del codice civile); decorso inutilmente tale termine le somme maturate saranno devolute all'apposito fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi di quanto previsto dalla legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.

14.

Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

15.

Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso collegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

Le parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa lingua per la redazione del contratto.

16.

Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Generali Italia S.p.A. – Funzione Customer Service, Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto, TV - fax 800.961.987, e-mail assistenza_clienti@generali.it oppure nel sito www.generali.it, compilando il form presente alla voce “contattaci”.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm).

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Eventuali istanze di mediazione nei confronti della Società aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrate per iscritto a:

GBS S.p.A., Area Liquidazione, Ufficio Atti Giudiziari

Via Castelfidardo 43/45 - 00198 Roma

Fax 06.44.494.313

e-mail: AttiGiudiziariGBSAreaLiquidazione@GeneraliGroup.com

17.

Arbitrato

In caso di controversia tra le parti sulla liquidabilità della prestazione è possibile ricorrere ad un collegio medico arbitrale.

Avvertenza: in ogni caso resta salva la facoltà di rivolgersi in alternativa all'Autorità giudiziaria.

18.

Informativa in corso di contratto

La società trasmette, entro sessanta giorni dalla data prevista nelle condizioni di assicurazione per la rivalutazione delle prestazioni assicurate, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa con l'indicazione dei premi versati, del capitale rivalutato e della misura di rivalutazione.

19.

Comunicazioni del contraente alla società

Il contraente non è tenuto a fornire alcuna comunicazione in caso di modifiche di professione dell'assicurato che aggravino il rischio assunto dalla società eventualmente intervenute in corso di contratto ai sensi dell'art. 1926 del codice civile.

20.

Conflitto d'interessi

La società si è dotata di una politica per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti assicurativi ed ha emanato le relative procedure attuative.

Principi generali per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse

Nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti, la società opera nell'interesse dei clienti e, a tal fine, si impegna ad evitare lo svolgimento di operazioni in cui abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporti rilevanti, intendendosi per tali i rapporti di gruppo o i rapporti di affari propri o di altre società del gruppo. Qualora il conflitto di interessi risulti non evitabile, la Società opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei clienti impegnandosi al contempo ad ottenere per i clienti stessi il miglior risultato possibile.

La società individua le situazioni di conflitto di interessi sin dalla fase di progettazione e, successivamente, in quella di distribuzione dei prodotti.

In tale contesto, si precisa quanto segue:

Politiche di prodotto

La società definisce chiaramente il posizionamento commerciale dei prodotti al fine di evitare di avere prodotti aventi le medesime caratteristiche e differenti livelli remunerativi per i soggetti che effettuano la distribuzione.

Incentivi

È vietata l'adozione di iniziative incentivanti che siano in grado di orientare l'attività degli addetti alla distribuzione verso uno specifico prodotto a parità di caratteristiche con un altro, o verso una determinata operazione in assenza di situazioni oggettive di mercato che la giustificano. Al riguardo, la società non ha attualmente politiche di incentivazione differenziate rispetto a prodotti aventi le medesime caratteristiche.

Gestione degli attivi

La società ha affidato la gestione delle attività a copertura delle riserve tecniche a Generali Investments Europe S.p.A., società di gestione del risparmio appartenente al gruppo Generali. L'incarico di gestione patrimoniale a favore di detta società è conferito al fine di garantire un processo di investimento maggiormente monitorabile e caratterizzato da una trasparenza dell'attività di investimento altrimenti non raggiungibile e, quindi, nell'interesse dei clienti.

La società di gestione, nell'ambito del mandato conferitole, effettua le operazioni di investimento alle migliori condizioni possibili, nel rispetto del principio della "best execution", ed opera, anch'essa secondo una politica di gestione dei conflitti di interessi.

Situazioni di influenza da parte di determinati contraenti sui rendimenti delle gestioni separate

La società ha individuato, per ciascuna gestione separata, gli importi massimi che possono essere movimentati in entrata e in uscita mediante contratti a prestazioni rivalutabili da un unico contraente o da più contraenti, collegati ad un medesimo soggetto anche attraverso rapporti partecipativi, affinché il rendimento della gestione non sia influenzato a vantaggio di certi clienti e a svantaggio di altri.

Retrocessione di commissioni

La società non ha attualmente in essere accordi che prevedono la retrocessione, da parte di soggetti terzi, di commissioni o altri proventi. Si rinvia comunque al rendiconto annuale della gestione separata per la quantificazione delle utilità eventualmente ricevute e retrocesse agli assicurati.

Generali Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente nota informativa.

GENERALI Italia S.p.A.
Amministratore Delegato
Dott. Raffaele Agrusti



Data ultimo aggiornamento: 01/07/2013

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

LUNGAVITA **LONG TERM CARE**



**Contratto di assicurazione di rendita vitalizia immediata anticipata
a premio annuo rivalutabile, pagabile in caso di perdita
di autosufficienza nel compimento degli atti
della vita quotidiana**



PARTE I – PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

LUNGAVITA LONG TERM CARE è riservato ad assicurati che al momento della sottoscrizione del contratto abbiano un'età almeno pari a 40 anni.

Art.1

Prestazioni assicurate

Generali Italia S.p.A. si impegna a pagare al beneficiario, in caso di perdita di autosufficienza permanente dell'assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, una rendita assicurata annua vitalizia, che si rivaluta come stabilito nella clausola di rivalutazione (art. 2), corrisposta in rate anticipate. La rateazione della rendita è a scelta del contraente.

Qualora la parte della rendita assicurata, relativa al settanta per cento del capitale costitutivo della rendita stessa, risulti inferiore al cinquanta per cento dell'assegno sociale di cui all'art.3 della legge 8 agosto 1995, n. 335, la prestazione può essere erogata in forma di capitale.

Perdita di autosufficienza permanente dell'assicurato

La perdita di autosufficienza dell'assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana in modo permanente avviene quando l'assicurato è incapace di svolgere, anche parzialmente, gli atti elementari della vita quotidiana sotto indicati e per il cui svolgimento necessita di assistenza da parte di un'altra persona:

- farsi il bagno o la doccia;
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità;
- continenza;
- bere e mangiare.

La perdita di autosufficienza ai fini della presente assicurazione è riconosciuta quando l'assicurato raggiunge il punteggio di almeno 40 punti su un totale massimo di 60 punti con i criteri indicati nella tabella A in allegato.

Esclusioni

È esclusa dall'assicurazione la perdita di autosufficienza causata da:

- a) attività dolosa del contraente o del beneficiario;
- b) partecipazione dell'assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile e la perdita di autosufficienza avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- d) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- f) malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- g) negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione non è erogata se è comprovato che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;

- h) incidente di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la perdita di autosufficienza causata da incidente di volo se l'assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- i) attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente.

In questi casi, a eccezione della fattispecie indicata alla lettera a) per la quale non è prevista alcuna prestazione, la società corrisponde una prestazione pari alla somma dei versamenti di premio effettuati, al netto dei diritti, in luogo di quella assicurata.

Limitazioni

La copertura assicurativa è subordinata alla condizione che l'assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla società.

La copertura assicurativa risulta sospesa in ogni caso per un periodo di carenza di dodici mesi che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione (art. 4).

Il periodo di carenza non si applica qualora la perdita di autosufficienza sia conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la perdita di autosufficienza.

Il periodo di carenza è esteso a sette anni nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia a essa collegata.

Durante il periodo di carenza la società corrisponde una prestazione pari alla somma dei versamenti di premio effettuati, al netto dei diritti, in luogo di quella assicurata.

Dichiarazioni del contraente e dell'assicurato

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della società, le dichiarazioni del contraente e dell'assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze relative a circostanze per le quali la società non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del contratto, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la società stessa:

- a) quando esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
 - di annullare il contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - di rifiutare qualsiasi pagamento se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine sopra indicato;
- b) quando non esiste dolo o colpa grave, ha diritto:
 - di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - nell'ipotesi che il sinistro si verifichi prima che la società conosca il vero stato delle cose, o prima che la Società abbia dichiarato di voler recedere dal contratto, di ridurre le prestazioni in proporzione della differenza tra il premio pattuito e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

L'inesatta indicazione dell'età dell'assicurato comporta in ogni caso la rettifica dei premi o della prestazione.

Art. 2

Clausola di rivalutazione

LUNGAVITA LONG TERM CARE prevede la rivalutazione annuale della prestazione, determinata in funzione del rendimento conseguito dalla gestione separata GESAV, il cui regolamento è allegato alle presenti condizioni.

Dalla data di decorrenza del contratto alla data di denuncia della perdita di autosufficienza la ricorrenza annuale di rivalutazione coincide con la ricorrenza annuale del contratto.

In fase di erogazione della rendita, a partire dalla data di denuncia della perdita di autosufficienza, la ricorrenza annuale di rivalutazione coincide invece con la ricorrenza annuale della data di denuncia.

Rendimento attribuito al contratto

Il rendimento attribuito al contratto si ottiene diminuendo il rendimento della gestione separata di un valore, trattenuto dalla società, espresso in punti percentuali assoluti.

Rendimento della gestione separata

La società dichiara annualmente il rendimento annuo conseguito dalla gestione separata.

L'anno preso a base per il calcolo del rendimento è costituito dai dodici mesi precedenti il secondo mese anteriore a quello della ricorrenza annuale di rivalutazione. Ad esempio per i contratti stipulati nel mese di agosto, l'anno preso a base per il calcolo del rendimento va dal 1 giugno al 31 maggio.

Valore trattenuto

Il valore trattenuto si calcola annualmente in funzione dell'importo dato dalla somma dei premi corrisposti al netto dei diritti e dell'addizionale di frazionamento, nel seguente modo:

- 1,2 punti percentuali assoluti per somma premi fino a 9.999,99 euro;
- 1,1 punti percentuali assoluti per somma premi da 10.000,00 euro e fino a 19.999,99 euro;
- 1,0 punti percentuali assoluti per somma premi da 20.000,00 euro.

Qualora il rendimento della gestione separata sia pari o superiore al 7% ed inferiore all'8% (intervallo di rendimento), il valore trattenuto sopra definito è incrementato di un decimo di punto. Per ogni ulteriore uguale intervallo di rendimento di un punto percentuale tale valore si incrementa in eguale misura.

Misura della rivalutazione

La misura annua della rivalutazione della prestazione si ottiene scontando, per un anno in forma composta al tasso di interesse tecnico, la differenza tra il rendimento attribuito al contratto e il tasso di interesse tecnico. Il tasso di interesse tecnico è pari al 2% annuo. La misura annua di rivalutazione non può in ogni caso risultare negativa.

Rivalutazione annuale della rendita assicurata e del premio annuo

Ad ogni ricorrenza annuale di rivalutazione la rendita assicurata ed il premio annuo (durante il periodo di versamento dei premi) in vigore alla ricorrenza annuale precedente sono aumentati della misura di rivalutazione come sopra definita.

In caso di denuncia e riconoscimento da parte della società della perdita di autosufficienza, la misura di rivalutazione si applica per il periodo che intercorre tra l'ultima ricorrenza annuale e la data di denuncia.

Limitazione o rifiuto della rivalutazione del premio

Il contraente ha facoltà di rifiutare totalmente o parzialmente la rivalutazione del premio, secondo quanto previsto all'art. 3.

In caso di rifiuto, totale o parziale, della rivalutazione del premio, la rendita assicurata maturata alla ricorrenza annuale precedente è rivalutata della stessa misura di rivalutazione applicata al premio annuo.

Qualora siano trascorsi almeno tre anni dalla data di decorrenza del contratto indicata in polizza, alla prestazione si aggiunge un ulteriore importo ottenuto applicando alla somma tra:

- la rendita assicurata riproporzionata, sotto definita, moltiplicata per il rapporto fra il numero di anni trascorsi dalla data di decorrenza e la durata del piano di versamento dei premi;
- la differenza fra la rendita assicurata maturata alla precedente ricorrenza annuale e la rendita assicurata riproporzionata;

una percentuale pari alla differenza tra la misura di rivalutazione come sopra definita e la misura limitata o nulla di rivalutazione del premio annuo.

Per rendita assicurata riproporzionata si intende la rendita assicurata, in vigore alla ricorrenza annuale precedente, moltiplicata per il rapporto fra l'ammontare dell'ultimo premio annuo, relativo alla stessa ricorrenza annuale del contratto ed il primo premio annuo, entrambi al netto dei diritti.

Art. 3

Versamento dei premi

LUNGAVITA LONG TERM CARE prevede la corresponsione di una successione di premi annui, il primo dei quali è versato alla conclusione del contratto e i successivi a ogni ricorrenza annuale del contratto che precede:

- la scadenza del piano di versamento dei premi, o
- la morte dell'assicurato, qualora questa avvenga prima della scadenza del piano di versamento, o
- la data della denuncia di perdita di autosufficienza, qualora questa avvenga prima della scadenza del piano di versamento e sia riconosciuta dalla società.

Il piano di versamento dei premi ha durata minima pari a 5 anni e durata massima pari a 25 anni.

Il contraente può rifiutare totalmente o parzialmente la rivalutazione del premio annuo prevista a ogni ricorrenza annuale del contratto, senza pregiudicare il diritto di accettare successive rivalutazioni del premio in misura totale o parziale.

La relativa richiesta, in forma scritta, deve essere inoltrata alla società almeno tre mesi prima della data della ricorrenza annuale del contratto.

In caso di limitazione o di rifiuto della rivalutazione del premio, la rendita assicurata maturata alla ricorrenza annuale precedente è rivalutata secondo quanto riportato nella clausola di rivalutazione (art. 2).

I premi annui possono essere corrisposti nella rateazione prescelta dal contraente; in tal caso il premio annuo viene maggiorato dell'addizionale di frazionamento.

Il primo premio annuo, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

In tutti i casi viene rilasciata quietanza dell'avvenuto pagamento.

PARTE II – VICENDE CONTRATTUALI

Art. 4

Conclusione d entrata in vigore del contratto, durata e recesso

Conclusione del contratto

Il contratto si considera concluso nel momento in cui:

- la società abbia rilasciato al contraente la polizza o
- il contraente abbia ricevuto per iscritto comunicazione di assenso della società.

Entrata in vigore

L'assicurazione entra in vigore a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio:

- alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso; ovvero
- alle ore 24 del giorno di decorrenza, indicata nella polizza, qualora questa sia successiva a quella della conclusione.

Se il versamento della prima rata di premio è effettuato dopo tali date l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto versamento, ferme restando le date di scadenza delle rate di premio indicate in polizza.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale, la data di versamento del premio coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, di assegno, di bonifico bancario o per i pagamenti a mezzo RID, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

Durata

La durata del contratto è pari all'intervallo di tempo che intercorre tra la data di decorrenza e la data di decesso dell'assicurato.

La data di decorrenza è indicata in polizza.

Recesso

Il contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data in cui il contratto è concluso. La comunicazione di recesso deve essere inviata all'agenzia cui è assegnato il contratto con lettera raccomandata.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a partire dalla data di ricevimento presso l'agenzia della suddetta lettera raccomandata.

La società esegue il rimborso del premio, diminuito delle eventuali imposte e della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto, entro trenta giorni dal ricevimento in agenzia della lettera raccomandata, previa consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici.

La società ha inoltre diritto al recupero delle spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, elencate nella proposta di assicurazione e in polizza.

Art. 5

Interruzione del piano di versamento dei premi

Riduzione

In caso di mancato pagamento di una rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla data stabilita per il suo versamento, e sempreché siano state interamente corrisposte almeno le prime tre annualità di premio, il contratto resta in vigore per la rendita assicurata ridotta di seguito definita.

Rendita assicurata ridotta

La rendita assicurata ridotta si determina come prodotto tra:

- la rendita assicurata, rivalutata fino alla ricorrenza annuale che precede o coincide con la data del versamento della prima rata di premio non corrisposta,
- e il rapporto tra il numero dei premi annui pagati, considerando anche le eventuali frazioni, e il numero dei premi annui pattuiti.

Rivalutazione della rendita assicurata ridotta

A ogni ricorrenza annuale del contratto successiva alla data di interruzione del piano di versamento dei premi, la rendita assicurata ridotta si rivaluta in base alla misura annua di rivalutazione stabilita nella clausola di rivalutazione (art. 2).

Risoluzione

In caso di mancata corresponsione delle prime tre annualità di premio il contratto si risolve e rimane privo di qualsiasi effetto, e i premi corrisposti restano acquisiti alla società.

A giustificazione del mancato versamento del premio il contraente non può, in nessun caso, opporre che la società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né abbia provveduto all'incasso a domicilio, quand'anche ciò sia avvenuto per precedenti premi o rate di premio.

Art. 6

Ripresa del piano di versamento dei premi: riattivazione

In caso di interruzione del versamento dei premi, il contratto potrà essere riattivato entro un anno dalla data di scadenza del versamento della prima rata di premio non corrisposta.

La riattivazione del contratto ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'ammontare dovuto - il valore contrattuale della prestazione come se non si fosse verificata l'interruzione del piano di versamento dei premi.

La riattivazione può avvenire solo su espressa richiesta scritta del contraente e accettazione scritta della società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere tenendo conto del loro esito. La riattivazione è possibile solo previa corresponsione di tutti i premi arretrati, aumentati degli interessi calcolati con il tasso di riattivazione per il periodo intercorso tra la data stabilita per il versamento di ogni premio arretrato e la data di riattivazione.

Il tasso di riattivazione si calcola in base al rendimento annuo conseguito dalla gestione separata nell'esercizio costituito dai dodici mesi precedenti il secondo mese anteriore alla data di richiesta di riattivazione, con un minimo pari al tasso legale di interesse applicabile alla data della riattivazione.

PARTE III – PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Art. 7

Modalità di richiesta per i pagamenti della società

Per i pagamenti dovuti dalla società, ad esclusione di quelli relativi alle rate di rendita successive alla prima, deve essere presentata, tramite l'agenzia cui è assegnato il contratto, richiesta scritta, in aggiunta ai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e a individuare gli aventi diritto.

La richiesta deve essere sempre accompagnata da un documento di identità e dal codice fiscale dell'avente diritto, oltre che dalla polizza originale comprensiva delle eventuali appendici.

L'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, in caso di perdita di autosufficienza dell'assicurato, è determinata con i criteri e le modalità previste all'art. 9. La società si riserva la facoltà di indicare tempestivamente l'eventuale ulteriore documentazione che dovesse occorrere qualora il singolo caso presentasse particolari esigenze istruttorie.

In particolare la corresponsione della rendita:

- decorre a partire dalla data di denuncia della perdita di autosufficienza;
- inizia entro trenta giorni dal riconoscimento della perdita di autosufficienza, nella rateazione prevista dal contratto. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto;
- cessa con la prima scadenza di rata successiva alla morte dell'assicurato. Eventuali rate scadute e pagate successivamente a tale evento devono essere restituite alla società.

In caso di perdita di autosufficienza dell'assicurato la società esegue i pagamenti entro sei mesi dalla data di denuncia (completa dei documenti indicati all'art. 9). Decorso tale termine, qualora sia successivamente riconosciuto lo stato di non autosufficienza, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso.

Il beneficiario, o altra persona, previo rilascio di idonea procura, ritira la rendita e ne dà quietanza. Nel caso in cui la rendita sia ritirata da persona diversa dall'assicurato, deve essere contestualmente prodotto alla società un certificato di esistenza in vita dell'assicurato stesso.

Ogni pagamento è effettuato presso l'agenzia cui è assegnato il contratto o presso la sede della società.

PARTE IV – ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI AL CONTRATTO

Art.8

Beneficiario L'assicurato è beneficiario della prestazione assicurata.

Art.9

Denuncia, accertamento e riconoscimento della perdita di autosufficienza

Verificatasi la perdita di autosufficienza permanente dell'assicurato, l'assicurato stesso o altra persona che lo rappresenti deve richiederne per iscritto il riconoscimento alla società, attraverso l'agenzia cui è assegnato il contratto, allegando alla richiesta:

- a) un certificato del medico curante che comprovi la perdita di autosufficienza o un suo aggravamento rispetto a precedenti richieste non riconosciute dalla società;
- b) una relazione medica del medico curante e/o del medico di base che certifichi le cause della perdita di autosufficienza di cui al punto a) o, nel caso di precedenti richieste non riconosciute dalla società, le sopravvenute cause di un suo aggravamento.

Entrambi i documenti devono essere redatti sugli appositi modelli forniti dalla società.

Dalla data ricevimento di tale documentazione, la società ha sei mesi di tempo per effettuare l'accertamento della perdita di autosufficienza (periodo di accertamento).

In considerazione di specifiche esigenze istruttorie, la società si riserva di richiedere all'assicurato informazioni sulle cause della perdita di autosufficienza e ulteriore documentazione medica. Ultimati i controlli, la società comunica per iscritto all'assicurato, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno lo stato di non autosufficienza.

A partire dalla data di denuncia, che coincide con la data di ricevimento della documentazione presso l'agenzia, i pagamenti delle rate di premio dovute sono sospesi. In caso di mancato riconoscimento dello stato di non autosufficienza, il piano di versamento è riattivato e il contraente, informato tramite apposita comunicazione della società, corrisponde le eventuali rate di premio sospese senza interessi.

9.1. Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

Nel periodo di erogazione della rendita assicurata, la società ha il diritto di effettuare successivi accertamenti dello stato di non autosufficienza non più di una volta ogni tre anni. In tale occasione sarà richiesta almeno la presentazione di un certificato del medico curante che attesti la permanenza dello stato di non autosufficienza. La società si riserva comunque la possibilità di richiedere all'assicurato ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

Se dagli eventuali accertamenti risultasse che l'assicurato non raggiunge il punteggio di almeno 40 punti, con i criteri riportati nella tabella A in allegato, l'erogazione della prestazione cessa immediatamente. In questo caso la prestazione stabilita all'art. 1, senza ulteriori versamenti di premi, rimane in vigore rivalutandosi in base a quanto riportato nella clausola di rivalutazione (art.2).

9.2. Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla liquidabilità della prestazione, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, a un collegio di tre medici. I tre medici sono nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

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 metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni del collegio (operazioni arbitrali) devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 10

Non pignorabilità e non sequestrabilità

Le somme dovute dalla società in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili (art. 1923 del codice civile).

Art. 11

Foro competente

Per le controversie relative al contratto il Foro competente è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del contraente, o del beneficiario o dei loro aventi diritto.

ALLEGATO N. 1

Regolamento della gestione separata GESAV

1. Il presente regolamento disciplina il portafoglio di investimenti, gestito separatamente dagli altri attivi detenuti dalla società, denominato GESAV (la gestione separata). Tale regolamento è parte integrante delle condizioni di assicurazione.
2. La gestione separata è denominata in Euro.

OBIETTIVI DELLA GESTIONE

3. La società, nella gestione del portafoglio, attua una politica d'investimento prudente orientata verso titoli mobiliari di tipo obbligazionario che mira a massimizzare il rendimento nel medio e lungo termine mantenendo costantemente un basso livello di rischiosità del portafoglio e perseguendo la stabilità dei rendimenti nel corso del tempo. La scelta degli investimenti è determinata sulla base della struttura degli impegni assunti nell'ambito dei contratti assicurativi collegati alla gestione e dall'analisi degli scenari economici e dei mercati di investimento. Nel breve termine, e nel rispetto di tali criteri, è comunque possibile cogliere eventuali opportunità di rendimento.
Le principali tipologie di investimento sono: obbligazionario, immobiliare e azionario, come di seguito specificato; l'investimento potrà anche essere indiretto attraverso l'utilizzo di OICR (Organismi di Investimento Collettivo del Risparmio, tra cui ad esempio i fondi comuni di investimento) armonizzati.

TIPOLOGIE DEGLI INVESTIMENTI

4. Investimenti obbligazionari
L'investimento in titoli obbligazionari, prevalentemente con rating investment grade, punta ad una diversificazione per settori, emittenti, scadenze, e a garantire un adeguato grado di liquidabilità.
In questo ambito sono ricompresi anche strumenti di investimento di breve e brevissimo termine quali depositi bancari, pronti contro termine o fondi monetari.

Investimenti immobiliari

La gestione degli investimenti comprenderà attività del comparto immobiliare, incluse le azioni e le quote di società del medesimo settore.

Investimenti azionari

Gli investimenti in strumenti finanziari di tipo azionario sono effettuati prevalentemente in titoli quotati nei mercati ufficiali o regolamentati, riconosciuti e regolarmente operanti. La selezione dei singoli titoli azionari è basata sia sull'analisi di dati macroeconomici (tra i quali ciclo economico, andamento dei tassi di interesse e delle valute, politiche monetarie e fiscali) sia sullo studio dei fondamentali delle singole società (dati reddituali, potenzialità di crescita e posizionamento sul mercato).

Vi è anche la possibilità di investire in altri strumenti finanziari.

Nella gestione degli investimenti, la Società si attiene ai seguenti limiti:

Investimenti obbligazionari	massimo 100%
Investimenti immobiliari	massimo 40%
Investimenti azionari	massimo 35%
Investimenti in altri strumenti finanziari	massimo 10%

Nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa di settore, possono inoltre essere effettuati investimenti in strumenti finanziari derivati.

Possono infine essere effettuati investimenti in attivi emessi dalle controparti di cui all'art. 5 del regolamento ISVAP 27 maggio 2008, n. 25 nel limite complessivo massimo del 20% dell'attivo della gestione Separata. In tale limite non rientrano gli investimenti in strumenti collettivi di investimento mobiliare o immobiliare istituiti, promossi o gestiti dalle controparti sopra citate per i quali la normativa di riferimento o i relativi

regolamenti di gestione non consentano di effettuare operazioni potenzialmente suscettibili di generare conflitti di interesse con società del gruppo di appartenenza della SGR oltre il limite del 20% del patrimonio dell'OICR.

L'Euro è la principale valuta dei titoli presenti nella gestione separata. Nel rispetto dei criteri previsti dalla normativa di settore è possibile l'utilizzo di titoli anche in altre valute, mantenendo un basso livello di rischiosità.

VALORE DELLA GESTIONE E ONERI

5. Il valore delle attività della gestione separata non potrà essere inferiore alle riserve matematiche, costituite dall'Impresa, al fine di adempiere agli obblighi contrattuali derivanti dai contratti le cui prestazioni sono rivalutabili in base ai rendimenti realizzati dalla gestione stessa.
6. Sulla gestione separata possono gravare unicamente le spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione separata. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.

RENDIMENTO MEDIO E PERIODO DI OSSERVAZIONE

7. Il periodo di osservazione per la determinazione del tasso medio di rendimento decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre di ogni anno.
8. Il rendimento della gestione separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla società in virtù di accordi con soggetti terzi riconducibili al patrimonio della gestione separata.
9. Il tasso medio di rendimento della gestione separata, relativo al periodo di osservazione annuale, è determinato rapportando il risultato finanziario della gestione separata alla giacenza media delle attività della gestione separata stessa. Analogamente, al termine di ogni mese, viene determinato il tasso medio di rendimento realizzato nei dodici mesi precedenti.

Il valore di iscrizione nel libro mastro di una attività di nuova acquisizione è pari al prezzo di acquisto. Il risultato finanziario della gestione separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione oltre che degli utili e dei proventi di cui al precedente paragrafo 8. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese di cui al precedente paragrafo 6 effettivamente sostenute ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della gestione separata.

La giacenza media delle attività della gestione separata è pari alla somma della giacenza media nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della gestione separata. La giacenza media è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della gestione separata.

CERTIFICAZIONE DELLA GESTIONE ED EVENTUALI MODIFICHE

10. La gestione separata è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una società di revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente.
11. Il presente regolamento potrà essere modificato per essere adeguato alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di modifiche meno favorevoli per il contraente.
12. La gestione separata potrà essere oggetto di fusione o scissione con altre gestioni separate costituite dalla società aventi caratteristiche simili e politiche di investimento omogenee. La fusione o la scissione persegue in ogni caso l'interesse dei contraenti e non comporta oneri aggiuntivi a carico di questi ultimi.

ALLEGATO N. 2

Tabella A: attribuzione del punteggio nella fase di accertamento della perdita di autosufficienza

Farsi il bagno		
1° grado	L'assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo.	Punteggio 0
2° grado	L'assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno.	Punteggio 5
3° grado	L'assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	Punteggio 10

Vestirsi e svestirsi		
1° grado	L'assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo.	Punteggio 0
2° grado	L'assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo.	Punteggio 5
3° grado	L'assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	Punteggio 10

Igiene del corpo		
1° grado	L'assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati da (1), (2) e (3): (1) andare al bagno; (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi; (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno.	Punteggio 0
2° grado	L'assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	Punteggio 5
3° grado	L'assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	Punteggio 10

Mobilità		
1° grado	L'assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza da parte di terzi.	Punteggio 0
2° grado	L'assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto.	Punteggio 5
3° grado	L'assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi.	Punteggio 10

Continenza		
1° grado	L'assicurato è completamente continente.	Punteggio 0
2° grado	L'assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno.	Punteggio 5
3° grado	L'assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o colostomia.	Punteggio 10

Bere e mangiare		
1° grado	L'assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti.	Punteggio 0
2° grado	L'assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: - sminuzzare/tagliare il cibo - sbucciare la frutta - aprire un contenitore/una scatola - versare bevande nel bicchiere.	Punteggio 5
3° grado	L'assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	Punteggio 10

ALLEGATO N. 3

Valido solo per soggetti persone fisiche (ex L. 214/2011 le norme privacy non si applicano alle persone giuridiche, enti, associazioni)



GENERALI

Informativa contrattuale vita ed employee benefit

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società, Titolare del trattamento, intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili o giudiziari⁽¹⁾, al fine di fornire i servizi assicurativi⁽²⁾, ivi compresi quelli di previdenza complementare⁽³⁾, da Lei richiesti o in Suo favore previsti.

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti⁽⁴⁾, sono solo quelli strettamente necessari per fornirLe i servizi sopracitati e sono trattati solo con le modalità e procedure - effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici - necessarie a questi scopi, anche quando comunichiamo a tal fine alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero; per taluni servizi, inoltre, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto, in Italia o all'estero, compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa⁽⁵⁾.

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione. Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge⁽⁶⁾ – non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento⁽⁷⁾ rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 D. Lgs. 196/2003: *Generali Corporate Services S.c.a.r.l. – Privacy Gruppo Italia, Via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto TV, tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235.*

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Responsabile ex art. 7 D. Lgs. 196/2003. Il sito www.generali.it riporta le informative aggiornate ed ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Sulla base di quanto sopra, apponendo la Sua firma nel modulo di proposta, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati – eventualmente anche sensibili – effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

NOTE:

- (1) L'art. 4, co. 1, lett. d) del D.Lgs.196/2003 definisce sensibili, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali e alle convinzioni religiose; lo stesso art. 4, co. 1, lett. e) definisce giudiziari i dati inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato o dei carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.
- (2) Predisposizione e stipulazione di contratti di assicurazione, raccolta dei premi, liquidazione delle prestazioni contrattuali o dei sinistri, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
- (3) Il trattamento è connesso e strumentale alla gestione dei rapporti tra il Fondo Pensione ed i suoi aderenti ed alla gestione e liquidazione di trattamenti pensionistici complementari al sistema obbligatorio pubblico e di eventuali prestazioni, a cui il Fondo Pensione è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
- (4) Ad esempio contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato o beneficiario, oppure aderenti dei fondi pensione che La qualificano come beneficiario, nonché anche dati consultabili in fase preassuntiva, assuntiva o liquidativa
- (5) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del nostro trattamento, oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalità ad esse correlate. Si tratta, in particolare, di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati, aderenti; agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione e delle adesioni di previdenza complementare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, attuari, legali e medici fiduciari, strutture sanitarie, pignoratori, vincolatori, società di recupero crediti ed altri erogatori convenzionati di servizi; tali dati possono inoltre essere comunicati a società del Gruppo Generali, compagnie di assicurazione, fondi pensione e altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei contratti e dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. In particolare i Suoi dati potranno essere comunicati alla Capogruppo Assicurazioni Generali e ai suoi fiduciari per finalità di valutazione del rischio, di liquidazione del contratto, di coassicurazione e riassicurazione, nonché a società del Gruppo Generali per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative. Vi sono poi organismi associativi e consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali, quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia – UIF, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP, COVIP, CONSOB, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, INPS, Casellario Centrale Infortuni, concessionarie per la riscossione dei tributi.
- (6) Lo prevede ad esempio la disciplina contro il riciclaggio.
- (7) Questi diritti sono previsti dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003. L'integrazione presuppone un interesse. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

Data ultimo aggiornamento: 01/07/2013

GLOSSARIO

LUNGAVITA **LONG TERM CARE**



Contratto di assicurazione di rendita vitalizia immediata anticipata a premio annuo rivalutabile, pagabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana



Agli effetti del presente fascicolo informativo si intendono per:

Assicurato	La persona fisica sulla cui vita è stipulata l'assicurazione: il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione è determinato in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi che si verificano durante la sua vita.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica a cui sono erogate le prestazioni previste dal contratto di assicurazione.
Capitalizzazione in forma composta	Incremento del capitale assicurato in base al quale il capitale è aumentato delle rivalutazioni maturate, ovvero le rivalutazioni maturate sono capitalizzate e producono rivalutazione nei periodi successivi.
Condizioni di assicurazione	Il documento che disciplina in via generale il contratto di assicurazione.
Contraente	La persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento dei relativi premi.
Data di decorrenza	La data di riferimento, indicata in polizza, per il calcolo delle prestazioni contrattuali.
Gestione separata di attivi	Termine da cui è indicata una speciale forma di gestione interna degli investimenti, separata da quella delle altre attività di Generali Italia S.p.A., che consente di attribuire al contratto ad esso collegato, parte dei rendimenti finanziari realizzati.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.
Partecipazione agli utili	Il rendimento finanziario annualmente attribuito al contratto.
Polizza	Il documento che prova e disciplina il contratto di assicurazione.
Premio	L'importo che il contraente corrisponde a Generali Italia S.p.A..
Proposta di assicurazione	Il documento con il quale il contraente chiede a Generali Italia S.p.A. di stipulare un contratto di assicurazione.
Ricorrenza annuale del contratto	L'anniversario della data di decorrenza.
Società	La compagnia Generali Italia S.p.A., impresa che esercita le assicurazioni e le operazioni indicate all'art. 2 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.
Tasso di interesse tecnico	Il rendimento finanziario annuo impiegato nel calcolo iniziale delle prestazioni a fronte del versamento dei premi.
Tasso di riattivazione	Il tasso di interesse impiegato per la riattivazione del contratto, corrispondente al valore maggiore tra il tasso legale di interesse in vigore al momento della riattivazione ed il tasso di interesse tecnico impiegato nel calcolo della prestazione.

Data ultimo aggiornamento: 01/07/2013