



Titutela Premio Annuo

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN CASO DI MORTE
A VITA INTERA CON RIVALUTAZIONE DEL CAPITALE.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE



Condizioni di Assicurazione

TITUTELA PREMIO ANNUO

(Tariffa a premio annuo costante ITA54RC – Tariffa a premio annuo rivalutabile ITA54R)

Contratto di assicurazione in caso di morte a vita intera con rivalutazione del capitale.

INDICE

Condizioni di Assicurazione.....	3
Sezione 1	3
Obblighi della Società e Disciplina del Contratto	3
Sezione 2.....	4
Condizioni Garanzia Base -Vita Intera a Capitale Rivalutabile annualmente e a premi unici ricorrenti	5
Sezione 2/A1	11
Clausola di Rivalutazione -Vita Intera a Capitale Rivalutabile ed a premi unici ricorrenti.....	11
Documentazione richiesta per ogni evento di liquidazione.....	31
Glossario	1
Modulo di proposta	1

SEZIONE 1

Condizioni di Assicurazione

Obblighi della Società e Disciplina del Contratto

Obblighi della Società

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalle Condizioni di Assicurazione descritte al successivo paragrafo "Disciplina del Contratto", dalle norme legislative in materia, e dagli eventuali allegati di polizza rilasciati dalla Società stessa.

Disciplina del Contratto

Il contratto è disciplinato:

- dalle Condizioni dell'Assicurazione Vita Intera a Capitale Rivalutabile a Premio Annuo Costante o Rivalutabile (Sezione 2) e relativa Clausola di Rivalutazione (Sezione 2/A1 per la forma a Premio Costante e 2/A2 per la forma a Premio Rivalutabile);
- dal Regolamento della Gestione Interna Separata "Prefin Plus" (Sezione 2/B);
- dalle Condizioni delle Assicurazioni Complementari relative alle garanzie abbinabili all'Assicurazione base sulla vita di cui al primo punto (Sezione 3, 3/A, 3/B, 3/C e 3/E);
- dalle Condizioni supplementari di Carenza (Sezione 4);
- dalla Tabella 1 - Coefficienti di riscatto in corrispondenza dell'età raggiunta dall'Assicurato alla data della richiesta per Euro 1.000,00 di capitale rivalutato. Nel testo che segue, per "Garanzia Base" e "Garanzie Complementari" si intende:
 - **Garanzia Base:** l'Assicurazione principale del Programma "**Titutela Premio Annuo**" (Vita Intera a Capitale Rivalutabile a Premio Annuo Costante o Rivalutabile). Questa forma assicurativa prevede la preventiva presentazione di alcuni accertamenti sanitari in rapporto all'entità del capitale assicurato. È tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla compilazione di un questionario, ma in tal caso è previsto un periodo di "carenza" (limitazione della prestazione assicurata) di sei mesi a decorrere dalla data di perfezionamento della polizza. Le Condizioni di Carenza - qualora applicabili in quanto richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento del contratto - sono descritte alla Sezione 4 del presente documento.
 - **Garanzie Complementari:** Tutte le assicurazioni aggiuntive alla Garanzia Base, che completano nell'insieme il Programma "**Titutela Premio Annuo**". Le Condizioni delle Garanzie Complementari - qualora applicabili in quanto richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento del contratto sono regolate alle Sezioni 3/A, 3/B, 3/C e 3/E del presente documento. Tutte le Garanzie Complementari eventualmente abbinata alla Garanzia Base cessano da ogni effetto al termine del periodo di pagamento dei premi della Garanzia Base.

Sezione 2

Condizioni Garanzia Base - Vita Intera a Capitale Rivalutabile e a Premio Annuo Costante o Rivalutabile

Art. 1 - Oggetto

“Titutela Premio Annuo” è un contratto di assicurazione sulla vita a premi annui – costanti o rivalutabili - che prevede la liquidazione di una prestazione predefinita ai Beneficiari designati in polizza, sia in caso di vita dell'Assicurato (“Assicurazione caso vita”), sia in caso di un suo decesso avvenuto in qualunque momento (“Assicurazione caso morte”).

Caso di polizza in pieno vigore (al corrente con il pagamento dei premi):

Art. 1.1 Assicurazione caso vita:

Se l'Assicurato è in vita, il presente contratto prevede - su richiesta del Contraente - l'erogazione, in qualunque momento successivo al pagamento dei primi tre premi annuali (due in caso di durata del periodo di pagamento premi inferiore a 5 anni), del valore di riscatto della polizza.

Art. 1.2 Assicurazione caso morte:

In caso di decesso dell'Assicurato in qualunque momento successivo alla data di perfezionamento del contratto, Italiana Assicurazioni S.p.A. liquiderà immediatamente ai Beneficiari designati il capitale assicurato iniziale, rivalutato alla data del decesso dell'Assicurato.

Caso di polizza Ridotta (non al corrente con il pagamento dei premi. Vedi art. 9 - Riduzione):

Italiana Assicurazioni S.p.A. liquiderà ai Beneficiari il corrispondente valore di riscatto del capitale ridotto, rivalutato fino alla data della richiesta del riscatto (caso vita), o l'ammontare del capitale ridotto, rivalutato fino alla data di decesso dell'Assicurato (caso morte).

Il periodo contrattuale corrisponde all'intera durata della vita dell'Assicurato; il periodo di pagamento dei premi (“periodo di differimento”) è invece limitato ad un numero di anni predefinito e stabilito in proposta.

Le modalità di rivalutazione del capitale e del premio, se previsto, sono dettagliatamente descritte alle successive Sezioni 2/A1 e 2/A2 (Clausola di Rivalutazione).

Art. 2 - Conclusione del contratto

Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha conoscenza dell'avvenuta accettazione della Proposta da parte della Società. Concluso il contratto, le coperture assicurative entrano in vigore alle ore 24 del giorno di pagamento del primo premio, o del giorno di decorrenza indicato in polizza se successivo. **Si precisa che il contratto potrà essere stipulato soltanto dai Contraenti domiciliati nello Spazio Economico Europeo (comprensivo degli Stati Membri dell'Unione Europea, di Islanda, Liechtenstein, Norvegia e San Marino). In caso contrario, la polizza non potrà essere emessa.**

Art. 3 - Revocabilità della proposta

Il Contraente, fino al momento della conclusione del contratto, ha la facoltà di revocare la propria proposta di assicurazione. Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare una comunicazione scritta, mediante lettera raccomandata A.R., indirizzata a: **Italiana Assicurazioni S.p.A. - Via M.U. Traiano, 18 - 20149 Milano** contenente gli elementi identificativi della proposta e la dichiarazione di revoca. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca la Società rimborserà al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto, con il diritto di trattenere:

- l'eventuale imposta, qualora presente per componenti non vita del premio;
- le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e quantificate nella proposta.

Art. 4 - Diritto di recesso del Contraente

Il Contraente ha il diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto stesso è stato concluso. Il recesso deve essere esercitato mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, inviata al medesimo indirizzo indicato all'articolo precedente, ed allegando l'originale di polizza con eventuali appendici. La notifica del recesso libera le Parti da qualunque obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dal giorno di spedizione della lettera raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto, con il diritto di trattenere:

- l'eventuale imposta, qualora presente per componenti non vita del premio;
- le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e quantificate sia nella proposta sia nelle presenti Condizioni di Assicurazione;
- la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Art. 5 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, rese in sede di Proposta, devono essere esatte, complete e veritiere. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In particolare, in questi casi la Società si riserva:

- di contestare la validità del contratto, ai sensi dell'articolo 1892 del Codice Civile, quando esiste dolo o colpa grave;
- di recedere dal contratto o, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre le somme da liquidare, ai sensi dell'articolo 1893 del Codice Civile, quando non esiste dolo o colpa grave.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Art. 6 - Rischio di morte

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali e qualunque possa esserne la causa, con la sola limitazione di garanzia sotto specificata nel caso in cui il decesso sia:

- avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo.

L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;

o causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- 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 del - Contraente, alle Condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili.

In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso, ovvero, nel caso di suicidio, il valore di riduzione, se maturato per un importo superiore.

Art. 7 - Pagamento del premio

A fronte delle garanzie previste dalla presente forma assicurativa, è dovuto un premio annuo anticipato, il cui importo - a seconda della scelta operata alla sottoscrizione del contratto - è costante oppure annualmente rivalutabile, per tutta la durata del periodo di differimento e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Le modalità di rivalutazione del premio, ove previsto, sono descritte alla successiva Sezione 2/A2 (Clausola di Rivalutazione).

Il premio può anche essere corrisposto a rate con le seguenti maggiorazioni di costo percentuali relative alla cadenza del frazionamento richiesto:

Rateazione del Premio	Interessi sul premio di rata
Semestrale	2,00%
Quadrimestrale	2,50%
Trimestrale	3,00%
Mensile	3,50%

Tale percentuale viene applicata al premio netto complessivo. In caso di decesso dell'Assicurato l'ultimo premio annuo è dovuto per intero anche se frazionato.

Le spese di emissione del contratto, prelevate dalla prima rata di premio, e di quietanza, prelevate dalle successive rate di premio, sono entrambe pari a Euro 2,00.

Il pagamento dei premi, che deve avvenire con mezzi diversi dal denaro contante, può essere effettuato con le seguenti modalità:

- direttamente all'Intermediario (nei limiti degli importi indicati in proposta) con:
 - assegno bancario, postale o circolare con clausola di non trasferibilità;
 - bonifico Sepa;
 - bancomat/carta di credito;
- direttamente alla Compagnia (nei limiti degli importi indicati in proposta) con:
 - bonifico a favore di ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A sul c/c bancario
Codice IBAN IT57G0313801000000012611406, intestato a ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A presso Banca Reale - Corso Siccardi, 13 - 10122 Torino indicando come causale: NUMERO DI PROPOSTA o NUMERO DI POLIZZA / COGNOME CONTRAENTE.
 - assegno bancario, postale o circolare, intestato a Italiana Assicurazioni S.p.A., con clausola di non trasferibilità.

I premi annui successivi al primo possono essere versati tramite due modalità:

- direttamente all'intermediario con le modalità sopraindicate per il versamento del primo premio;
- tramite procedura di incasso automatico a mezzo SDD (obbligatoria in caso di periodicità mensile). In questo caso, se la periodicità di versamento dei premi prescelta è mensile, il Contraente deve versare in unica soluzione, alla decorrenza del contratto, l'importo relativo ai premi dei primi due mesi.

Attenzione: non è possibile effettuare pagamenti con mezzi diversi da quelli sopra indicati.

La Società non si fa carico delle eventuali spese amministrative relative alle suddette forme di pagamento.

Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite, contro quietanza emessa dalla Direzione Generale. È ammessa una dilazione di trenta giorni senza oneri di interessi.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

Al fine di garantire l'equilibrio e la stabilità della gestione separata PREFIN PLUS, ogni singolo Contraente (o più Contraenti collegati ad un medesimo soggetto anche attraverso rapporti partecipativi) non può versare nell'arco temporale di un anno, un cumulo di premi superiore a 5.000.000,00 euro sul presente contratto o su altri collegati alla gestione separata PREFIN PLUS. Tale limite può essere successivamente modificato dalla Società.

Art. 8 - Mancato pagamento del premio e Riattivazione

Trascorsi trenta giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata:

- se risultano versate almeno tre intere annualità di premio (due annualità, in caso di durata del periodo di differimento inferiore a 5 anni), la polizza viene ridotta secondo i criteri di calcolo specificati all'articolo seguente;
- se risultano versate meno di tre intere annualità di premio (due annualità, in caso di durata del periodo di differimento inferiore a 5 anni), si determina la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti alla Società.

Negli ulteriori cinque mesi successivi al mancato pagamento della rata di premio, il Contraente ha diritto di riattivare l'assicurazione, pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi calcolati applicando la percentuale di rivalutazione riconosciuta alla polizza all'inizio dell'anno assicurativo al quale ciascuna rata arretrata si riferisce, con un minimo del tasso legale di interesse, eventualmente aumentata della stessa misura prevista dal tasso tecnico, ed in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione.

La riattivazione può avvenire anche entro un termine massimo di un anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, ma solo previa espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

A seguito di riattivazione, in ogni caso, la copertura assicurativa entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore a partire dal momento in cui il Contraente:

1. sottoscrive la relativa appendice di riattivazione;
2. paga l'importo complessivo dei premi arretrati e degli interessi.

Art. 9 – Riduzione

Qualora, a norma dell'articolo precedente, il Contraente abbia sospeso il pagamento dei premi dopo il versamento del previsto numero minimo di annualità, il contratto rimane in vigore per il valore di riduzione calcolato come segue.

Riduzione - Criteri di Calcolo:

Il capitale ridotto si ottiene con la seguente procedura:

1. si rileva il valore di riscatto calcolato, con le modalità descritte al successivo art. 10, alla data di sospensione del pagamento dei premi;
2. si divide tale valore per il coefficiente di riscatto, indicato nella tabella allegata alle presenti Condizioni di Assicurazione, in corrispondenza dell'età raggiunta dall'Assicurato con la seguente avvertenza:
nel caso in cui l'età raggiunta non fosse intera, il coefficiente da considerare deve essere ottenuto mediante interpolazione lineare dei coefficienti relativi alle età vicine.

Il capitale ridotto è soggetto a rivalutazione annuale con le modalità descritte alla Sezione 2/A1 (Premio Costante) e 2/A2 (Premio Rivalutabile) delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Le eventuali Garanzie Complementari abbinata alla Garanzia Base non hanno alcun valore di riduzione e cessano da ogni effetto.

Art. 10 - Riscatto

Qualora siano state pagate almeno tre intere annualità di premio (due annualità, in caso di durata contrattuale inferiore a 5 anni), la Società consente la risoluzione del contratto liquidando, come valore di riscatto, l'importo determinabile secondo i criteri di calcolo di seguito specificati.

Riscatto - Criteri di Calcolo:

La modalità di calcolo dipende preliminarmente dallo stato della polizza. Se la polizza è al corrente con il pagamento dei premi, si effettua il calcolo descritto al seguente punto A); in caso contrario, si segue la procedura di calcolo descritta al punto B).

Nel caso in cui, infine, il periodo di differimento sia già concluso, si seguono le modalità indicate al punto C).

A) Riscatto di polizza al corrente con il pagamento dei premi:

A1) Forma a Premio annuo Costante:

1. si calcola il coefficiente determinato dal rapporto tra il numero dei premi annui pagati (comprese le eventuali frazioni di premio annuo) ed il numero dei premi annui previsti dalla polizza;

2. si somma al capitale inizialmente assicurato, moltiplicato per il coefficiente definito al punto 1), la differenza tra il capitale rivalutato alla data della richiesta del riscatto ed il capitale iniziale;
3. si moltiplica l'importo ottenuto al punto 2) per il coefficiente di riscatto, indicato nella tabella allegata alle presenti Condizioni di Assicurazione, in corrispondenza dell'età raggiunta dall'Assicurato con le "Avvertenze" sotto riportate;
4. si calcola il coefficiente determinato dal rapporto tra il numero dei premi annui non ancora pagati (comprese le eventuali frazioni di premio annuo), e il numero dei premi annui pattuiti. Qualora il numero dei premi annui pattuiti fosse inferiore a dieci anni, si conviene che il divisore da utilizzare sia pari a dieci;
5. si toglie dall'ammontare ottenuto al punto 3), il 75% dell'ultimo premio netto annuo, anche se pagato parzialmente, moltiplicato per il coefficiente definito al punto 4).

A2) Forma a Premio annuo Rivalutabile:

1. si calcola il coefficiente determinato dal rapporto tra il numero dei premi annui pagati (comprese le eventuali frazioni di premio annuo) ed il numero dei premi annui previsti dalla polizza;
2. si moltiplica il capitale rivalutato al momento della richiesta del riscatto, per il coefficiente definito al punto 1);
3. si moltiplica l'importo ottenuto al punto 2) per il coefficiente di riscatto, indicato nella tabella allegata alle presenti Condizioni di Assicurazione, in corrispondenza dell'età raggiunta dall'Assicurato con le "Avvertenze" sotto riportate;
4. si calcola il coefficiente determinato dal rapporto tra il numero dei premi annui non ancora pagati (comprese le eventuali frazioni di premio annuo), e il numero dei premi annui pattuiti. Qualora il numero dei premi annui pattuiti fosse inferiore a dieci anni, si conviene che il divisore da utilizzare sia pari a dieci;
5. si toglie dall'ammontare ottenuto al punto 3), il 75% dell'ultimo premio netto annuo, anche se pagato parzialmente, moltiplicato per il coefficiente definito al punto 4).

B) Riscatto di polizza già Ridotta (entrambe le forme):

1. si rileva il valore del capitale ridotto rivalutato alla data di richiesta del riscatto;
2. si moltiplica tale valore per il coefficiente di riscatto, indicato nella tabella allegata alle presenti Condizioni di Assicurazione, in corrispondenza dell'età raggiunta dall'Assicurato con le "Avvertenze" sotto riportate.

C) Riscatto dopo il termine del periodo di differimento (entrambe le forme):

1. si rileva il valore del capitale rivalutato alla data di richiesta del riscatto;
2. si moltiplica tale valore per il coefficiente di riscatto, indicato nella tabella allegata alle presenti Condizioni di Assicurazione, in corrispondenza dell'età raggiunta dall'Assicurato con le "Avvertenze" sotto riportate.

AVVERTENZA:

Nel caso in cui l'età raggiunta non fosse intera, il coefficiente da considerare deve essere ottenuto mediante interpolazione lineare dei coefficienti relativi alle età vicine.

Le eventuali Garanzie Complementari abbinate alla Garanzia Base non hanno alcun valore di riscatto.

La richiesta di riscatto deve essere inviata per iscritto a Italiana Assicurazioni SpA da parte del Contraente; il diritto di riscatto e la contestuale risoluzione del contratto avranno effetto dal momento in cui la Società riceverà tale dichiarazione. L'importo di riscatto sarà liquidato in un'unica soluzione.

Art. 11 - Concessione di Prestiti

Italiana Assicurazioni SpA, qualora la polizza sia riscattabile a norma del precedente articolo, consente:

- la concessione di prestiti nei limiti del 90% dell'ammontare del valore di riscatto netto, con interessi da definire all'atto della concessione del prestito;
- la concessione di prestiti senza interessi, qualora l'Assicurato abbia dovuto sottoporsi ad operazioni di alta chirurgia, per la somma occorsa per pagare le spese dell'atto operatorio.

Il limite globale dei prestiti non può comunque superare il valore del capitale liquidabile in caso di decesso dell'Assicurato e la polizza deve essere al corrente col pagamento dei premi.

Art. 12 - Cessione, Pegno e Vincolo della polizza

In conformità con quanto disposto dall'art. 1406 del Codice Civile, il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, corredata dalla documentazione a essa inerente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice. Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di riscatto e prestito richiedono l'assenso scritto del creditore o vincolatario.

In conformità a quanto disposto dall'art. 2805 del Codice Civile la Società può opporre al creditore pignoratizio le eccezioni che le spettano verso il Contraente originario sulla base del presente contratto.

In conformità a quanto disposto dall'art. 1409 del Codice Civile la Società può opporre al terzo cessionario tutte le eccezioni derivanti dal presente contratto.

Art. 13 - Beneficiari

Il Contraente designa il Beneficiario e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione inviando lettera raccomandata a Italiana Assicurazioni SpA o tramite disposizione testamentaria. Italiana Assicurazioni SpA procederà ad annotare in polizza o su documento di variazione le relative designazioni, revoche o modifiche. Non è più possibile revocare o modificare la designazione del Beneficiario nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente abbia rinunciato alla facoltà di revocare il Beneficiario e contestualmente il Beneficiario abbia accettato la designazione; entrambe le dichiarazioni dovranno essere comunicate per iscritto a Italiana Assicurazioni SpA;
- successivamente al decesso del Contraente, senza disposizioni testamentarie al proposito;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a Italiana Assicurazioni SpA di volersi avvalere dei suoi diritti.

In tali casi, le operazioni di recesso, riscatto, prestito, pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Art. 14 - Rivalutazione del Capitale

La presente polizza rappresenta una speciale forma di assicurazione sulla vita nella quale le prestazioni assicurate si incrementano ogni anno grazie alla rivalutazione derivante dalla gestione speciale degli investimenti cui è collegata la polizza. A tale fine Italiana Assicurazioni SpA gestirà attività di importo non inferiore alle relative riserve matematiche. Le modalità di rivalutazione delle prestazioni e del premio annuo - ove previsto - sono dettagliatamente descritte alle Sezioni 2/A1 e 2/A2.

Art. 15 - Opzione di conversione in Rendita

Il Contraente può richiedere la conversione del valore di riscatto disponibile sul contratto, purché di importo almeno pari a Euro 50.000,00, in una rendita vitalizia pagabile in rate annuali posticipate che potrà assumere una delle seguenti forme:

- a) rendita vitalizia rivalutabile pagabile per tutta la vita dell'Assicurato;
- b) rendita rivalutabile pagabile in modo certo nei primi 5 o 10 anni, e successivamente per tutta la vita dell'Assicurato;
- c) rendita vitalizia rivalutabile pagabile fino al decesso dell'Assicurato e successivamente reversibile, in misura totale o parziale, a favore di una persona fino a che questa è in vita.

Ulteriori indicazioni sull'operazione di conversione possono essere richieste a:

Italiana Assicurazioni SpA - Via Traiano, 18 - 20149 Milano

che provvederà ad inviare apposita comunicazione informativa comprendente un opportuno modulo da utilizzare per esprimere l'eventuale interesse verso una delle suddette forme assicurative opzionali. In tale ultimo caso, la Società:

- si impegna ad inviare il Set Informativo relativo all'opzione prescelta, comprensivo di opportuna appendice di accettazione;
- darà seguito alla procedura di liquidazione ricorrente della rendita prescelta non appena ricevuto conferma, da parte del Contraente, della propria volontà di esercitare l'opzione mediante sottoscrizione dell'appendice di cui sopra.

Art. 16 - Pagamenti della Società

La documentazione necessaria per il caso di liquidazione della polizza, a seguito di eventi contrattualmente previsti, è elencata per tutte le casistiche in allegato alle presenti Condizioni di Assicurazione.

La richiesta di liquidazione, corredata della suddetta documentazione, deve essere inoltrata alla Società:

- tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a:

Italiana Assicurazioni SpA - Via Traiano, 18 - 20149 Milano;

oppure:

- tramite comunicazione, debitamente sottoscritta, da consegnare direttamente alla Sede della Società o presso l'Intermediario cui è assegnata la polizza.

A seguito di particolari eventi straordinari, legati all'eventuale presenza di inchieste giudiziarie aperte dalle Autorità competenti, Italiana Assicurazioni SpA potrà subordinare il pagamento del capitale richiesto all'esame di ulteriore documentazione che verrà di volta in volta specificata.

La Società effettuerà i pagamenti dovuti entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione necessaria ad accertare gli aventi diritto e a verificare l'obbligo di pagamento. Trascorso tale termine, il Beneficiario riceverà gli interessi per ritardato pagamento.

Ai fini dell'individuazione della scadenza del termine per il pagamento, qualora la richiesta di liquidazione, opportunamente documentata, sia effettuata presso la rete di vendita, si considera il momento della consegna dei documenti alla rete stessa.

Ogni pagamento viene effettuato presso Italiana Assicurazioni SpA o presso la sede dell'Intermediario cui è assegnato il contratto.

Art. 17 - Comunicazioni del Contraente

Il Contraente che non ha usufruito, o non intende usufruire, della detrazione dei premi consentita dall'attuale normativa fiscale, deve comunicare alla Società (entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello del versamento del premio o, se antecedente, alla data in cui sorge il diritto alla prestazione) l'importo di premio non detratto o che non sarà detratto in sede di dichiarazione dei redditi.

Art. 18 - Tasse ed imposte

Tasse ed imposte sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Art. 19 - Foro Competente

Per le controversie relative al presente contratto è esclusivamente competente l'Autorità giudiziaria del comune di residenza del Contraente.

Art. 20 – Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio **"Benvenuti in Italiana" – Italiana Assicurazioni, via Marco Ulpio Traiano 18, 20149 Milano, Numero Verde 800 10 13 13 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 02 39717001, e-mail: benvenutitaliana@italiana.it.**

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS con una delle seguenti modalità: via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma; via fax 06/42133353 oppure 06/42133745; via pec all'indirizzo ivass@pec.ivass.it; correlando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo andrà presentato utilizzando il modello predisposto dall'IVASS e reperibile sul sito www.ivass.it - Guida ai reclami; su tale sito potrà reperire ulteriori notizie in merito alle modalità di ricorso ed alle competenze dell'ente di controllo. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

In caso di controversia con un'impresa d'assicurazione con sede in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia, l'interessato può presentare reclamo all'IVASS con la richiesta di attivazione della procedura FIN-NET o presentarlo direttamente al sistema estero competente, attivando tale procedura accessibile dal sito internet www.lvass.it

Potrà inoltre trovare tutti i dati relativi alla gestione dei reclami sul sito Internet www.italiana.it.

Le segnaliamo inoltre che, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, potrà avvalersi dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, tra i quali:

Commissione di Garanzia

Nella continua attenzione verso i propri Clienti, Italiana Assicurazioni mette a disposizione un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado n. 1 - 10121 Torino. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti della Società in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato.

Se da questi accettata, è invece vincolante per la Società. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Italiana Assicurazioni, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.

Il ricorso deve essere proposto per iscritto inviando una email all'indirizzo commissione.garanziaassicurato@italiana.it oppure una lettera alla sede della Commissione.

Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento reperibile sul sito internet www.italiana.it.

Mediazione per la conciliazione delle controversie

In caso di controversia in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria o in materia di contratti assicurativi, bancari o finanziari, qualora s'intenda intraprendere un'azione giudiziale, dovrà essere previamente esperita la procedura di mediazione prevista dal d.lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni. La mediazione non è obbligatoria negli altri casi e per le controversie relative al risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli.

Tale procedimento si svolge presso un organismo iscritto nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia, il cui elenco nonché il procedimento sono consultabili sul sito www.giustizia.it.

La mediazione si introduce con una domanda all'organismo nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia contenente l'indicazione dell'organismo investito, delle parti, dell'oggetto della pretesa e delle relative ragioni. Le parti devono partecipare alla procedura di mediazione, già dal primo incontro, con l'assistenza di un avvocato.

Sezione 2/A1

Clausola di Rivalutazione - Vita Intera a Capitale Rivalutabile e a Premio Annuo Costante

Art. 1 - Misura della rivalutazione

Italiana Assicurazioni SpA dichiara entro il 1° febbraio di ogni anno il rendimento annuo da attribuire alle polizze "Titutela Premio Annuo", ottenuto sottraendo dal rendimento finanziario realizzato dalla Gestione Interna Separata "Prefin Plus", di cui al Regolamento riportato alla Sezione 2/B seguente, una quota di base pari a 0,9 punti percentuali. Tale quota, trattenuta dalla Società, cresce di un valore pari a 0,1 per ogni punto intero di rendimento lordo dalla Gestione Interna Separata Prefin Plus superiore al 4%.

La misura annua di rivalutazione è uguale al rendimento così attribuito, diminuito del tasso tecnico, pari allo 0,5%, già riconosciuto nel calcolo della prestazione inizialmente assicurata, che costituisce la garanzia minima di rivalutazione della prestazione assicurata per tutta la durata contrattuale.

Art. 2 - Rivalutazione delle prestazioni assicurate

Ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza della polizza, verrà valutato l'incremento da riconoscere alle prestazioni assicurate mediante applicazione, con le modalità di seguito descritte, della misura di rivalutazione quale sopra definita, e stabilita a norma del precedente art. 1 entro il 1° febbraio che precede la suddetta ricorrenza.

a) Rivalutazione di polizza, al corrente con il pagamento dei premi, nel periodo di differimento:

Il capitale rivalutato sarà determinato sommando al capitale, in vigore nel periodo annuale precedente:

- un importo ottenuto moltiplicando il capitale inizialmente assicurato per la misura della rivalutazione, ridotta nella proporzione in cui il numero degli anni trascorsi sta al numero degli anni di durata pagamento premi;

- un ulteriore importo ottenuto moltiplicando per la misura della rivalutazione la differenza tra il capitale in vigore nel periodo annuale precedente e quello inizialmente assicurato.

b) Rivalutazione al termine del periodo di differimento:

A partire dalla prima ricorrenza annuale successiva al termine del periodo di pagamento dei premi, il capitale rivalutato sarà determinato sommando al capitale in vigore nel periodo annuale precedente, un importo ottenuto moltiplicando il capitale assicurato stesso per la misura della rivalutazione.

c) Rivalutazione di polizza Ridotta:

A partire dalla prima ricorrenza annuale che coincida o sia successiva alla data di sospensione del pagamento dei premi, il capitale rivalutato sarà determinato sommando al capitale ridotto, in vigore nel periodo annuale precedente, un importo ottenuto moltiplicando il capitale ridotto stesso per la misura della rivalutazione.

La rivalutazione del capitale si intende acquisita di diritto nella polizza, e quindi la polizza stessa si considera come sottoscritta sin dall'origine per i nuovi aumentati importi.

L'aumento delle prestazioni assicurate verrà di volta in volta comunicato per iscritto al Contraente.

Sezione 2/A2

Clausola di Rivalutazione - Vita Intera a Capitale Rivalutabile e a Premio Annuo Rivalutabile

Art. 1 - Misura della rivalutazione

Italiana Assicurazioni SpA dichiara entro il 1° febbraio di ogni anno il rendimento annuo da attribuire alle polizze "Titutela Premio Annuo", ottenuto sottraendo dal rendimento finanziario realizzato dalla Gestione Interna Separata "Prefin Plus", di cui al Regolamento riportato alla Sezione 2/B seguente, una quota di base pari a 0,9 punti percentuali. Tale quota, trattenuta dalla Società, cresce di un valore pari a 0,1 per ogni punto intero di rendimento lordo dalla Gestione Interna Separata Prefin Plus superiore al 4%.

La misura annua di rivalutazione è uguale al rendimento così attribuito, diminuito del tasso tecnico, pari allo 0,5%, già riconosciuto nel calcolo della prestazione inizialmente assicurata, che costituisce la garanzia minima di rivalutazione della prestazione assicurata per tutta la durata contrattuale.

Art. 2 - Rivalutazione delle prestazioni assicurate

Ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza della polizza - qualunque sia lo stato del contratto (in vigore o ridotto) e per tutto il periodo contrattuale (durante e dopo il periodo di differimento) - verrà valutato l'incremento da riconoscere alle prestazioni assicurate mediante applicazione, con le modalità di seguito descritte, della misura della rivalutazione quale sopra definita, e stabilita a norma del precedente art. 1 entro il 1° febbraio che precede la suddetta ricorrenza.

Il capitale rivalutato sarà determinato sommando al capitale (eventualmente ridotto), in vigore nel periodo annuale precedente, un importo ottenuto moltiplicando il capitale assicurato stesso (eventualmente ridotto) per la misura della rivalutazione. L'incremento da rivalutazione annua si intende acquisita di diritto nella polizza, e quindi la polizza stessa si considera come sottoscritta sin dall'origine per i nuovi aumentati importi.

L'aumento del capitale assicurato verrà di volta in volta comunicato per iscritto al Contraente.

Art. 3 - Rivalutazione del premio annuo

Durante il periodo di differimento, a partire dalla stessa data di rivalutazione della prestazione assicurata, anche il premio dovuto dal Contraente si rivaluta, aumentando dell'identica misura di rivalutazione definita all'art. 1.

Art. 4 - Limitazione o Rifiuto della rivalutazione del premio

Durante il periodo di differimento il Contraente ha facoltà, ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza e con preavviso scritto di almeno tre mesi, di chiedere che la rivalutazione del premio venga effettuata in misura inferiore a quella fissata al precedente art. 3, oppure che non venga effettuata. La limitazione o il rifiuto della rivalutazione del premio non pregiudica il diritto del Contraente di accettare successive rivalutazioni in misura completa o limitata.

Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di limitare la rivalutazione del premio in scadenza ad un anniversario della data di decorrenza del contratto, il capitale assicurato nell'anno precedente viene rivalutato in base alla misura limitata di rivalutazione comunicata. Se, peraltro, l'anniversario considerato cade almeno dopo cinque anni dalla data di decorrenza del contratto, viene riconosciuta una ulteriore maggiorazione del capitale, a titolo di rivalutazione, uguale alla somma dei seguenti due importi:

- a) un primo importo che si ottiene moltiplicando il capitale iniziale riproporzionato, come di seguito definito, per la differenza tra la misura annua di rivalutazione, di cui all'art. 1, e quella limitata di rivalutazione del premio, e riducendo il prodotto per il rapporto tra il numero di anni trascorsi dalla data di decorrenza del contratto ed il numero degli anni di durata del periodo di differimento;
- b) un secondo importo che si ottiene moltiplicando la differenza tra il capitale assicurato nel periodo annuale precedente ed il capitale inizialmente riproporzionato, per la differenza tra la misura annua di rivalutazione e quella limitata di rivalutazione del premio.

Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio in scadenza ad un anniversario della data di decorrenza del contratto che cade dopo almeno cinque anni da tale decorrenza, il capitale assicurato nell'anno precedente verrà rivalutato aggiungendo allo stesso:

- a) un importo ottenuto moltiplicando il capitale iniziale riproporzionato, come di seguito definito, per la misura annua di rivalutazione, stabilita a norma dell'art. 1, e riducendo il prodotto per il rapporto tra il numero degli anni trascorsi dalla data di decorrenza ed il numero degli anni di durata del periodo di differimento;
- b) un ulteriore importo ottenuto moltiplicando la differenza tra il capitale assicurato nel periodo annuale precedente ed il capitale inizialmente riproporzionato per la misura di rivalutazione.

Qualora, infine, il Contraente si avvalga della facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio ad un anniversario della decorrenza del contratto anteriore al quinto, il capitale non verrà rivalutato fino al raggiungimento del quinto anniversario.

Per "capitale iniziale riproporzionato" si intende il prodotto del capitale inizialmente assicurato per il rapporto tra l'ammontare del premio annuo netto dovuto nell'ultimo anno che precede l'anniversario considerato ed il premio annuo netto dovuto nel primo anno di assicurazione.

Sezione 2/B

Regolamento della Gestione Interna Separata "Prefin Plus"

1. Costituzione e denominazione del Fondo

A fronte degli impegni assunti da Italiana Assicurazioni S.p.A. con i contratti a prestazioni rivalutabili, viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti separata da quella delle altre attività di Italiana Assicurazioni S.p.A., che viene contraddistinta con il nome "PREFIN PLUS" (di seguito "Fondo").

La valuta di denominazione del Fondo è l'euro.

Il valore delle attività gestite non sarà inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per i contratti la cui rivalutazione è legata al rendimento del Fondo.

La gestione del Fondo è conforme alle norme stabilite dal Regolamento n°38 del 3 giugno 2011 emesso dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo e si atterrà ad eventuali successive disposizioni.

Il presente Regolamento è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

2. Verifica contabile del Fondo

La gestione del Fondo è annualmente sottoposta a verifica da parte di una Società di Revisione iscritta nel Registro dei revisori legali del Ministero dell'economia e delle finanze, la quale, in particolare, attesta la corretta consistenza e la conformità dei criteri di valutazione delle attività attribuite alla gestione all'inizio e al termine del periodo, la corretta determinazione del rendimento del Fondo, quale descritto al seguente punto 5. e l'adeguatezza dell'ammontare delle attività rispetto agli impegni assunti da Italiana Assicurazioni S.p.A. sulla base delle riserve matematiche.

3. Obiettivi e politiche di investimento

La politica degli investimenti è orientata alla prudenza, con l'obiettivo di realizzare rendimenti stabili nel medio-lungo periodo e flussi di cassa compatibili con la struttura e composizione delle passività tenendo conto dei minimi garantiti previsti, in un'ottica di gestione integrata di attivo e passivo.

La preferenza negli investimenti è rivolta ai titoli obbligazionari "investment grade" quotati denominati in euro, accanto ad una adeguata diversificazione su ampia parte dello spettro degli attivi investibili, anche attraverso l'impiego di OICR, al fine di ottimizzare il rendimento del portafoglio tenendo comunque conto dei livelli di rischio.

Sono definite le seguenti tipologie di attivi investibili e fissate le relative limitazioni previste dalla gestione:

- la percentuale degli impieghi destinata alla categoria del reddito fisso, compresi gli OICR relativi, può variare da un minimo del 70% ad un massimo del 100%; al suo interno si identificano le seguenti sotto classi: a) le obbligazioni ad alta sicurezza, comprendenti Titoli emessi o garantiti da Stati membri dell'Unione Europea o appartenenti all'OCSE, ovvero emessi da enti locali o pubblici di Stati membri o da organizzazioni sovranazionali cui aderiscono uno o più Stati membri, nonché le obbligazioni garantite (quali i covered bonds) emesse da entità con sede nell'Unione Europea o nei Paesi OCSE: i limiti di riferimento sono un minimo del 45% ed un massimo del 90% del portafoglio; b) le obbligazioni societarie emesse da entità con sede nell'Unione Europea o nei Paesi OCSE hanno limiti di riferimento dal 10% al 40% in generale, e limite massimo specifico del 15% per obbligazioni aventi rating da "BBB+" a "BBB-" od equivalenti; c) le obbligazioni societarie non "investment grade", per le quali almeno la metà delle principali agenzie che mostrano un rating, lo abbiano fissato al di sotto della "BBB-" o equivalente, hanno un limite massimo del 5%; d) le obbligazioni dei cd. Paesi Emergenti (identificabili in linea di massima come i Paesi non Unione Europea e non OCSE) hanno un limite massimo del 10%; e) le cd. "Asset Backed Securities" (ABS), cartolarizzazioni e titoli assimilabili, con un limite massimo complessivo del 5%, dovranno prevedere il rimborso del capitale a scadenza, avere il più elevato grado di priorità nell'emissione ed avere un rating pari almeno ad "A" od equivalente;
- la percentuale degli impieghi destinata alla categoria azionaria non potrà superare il 20% del portafoglio;
- la percentuale degli impieghi destinata agli investimenti "alternativi" non potrà superare il 5% del portafoglio, con un massimo dell'1% per singolo attivo;
- la percentuale degli impieghi destinata agli investimenti immobiliari ha un limite massimo del 10% del portafoglio;
- la percentuale degli impieghi destinata agli strumenti di liquidità, a pronti contro termine e simili, può arrivare al massimo al 15% del valore del portafoglio;
- il limite di esposizione complessiva verso una singola controparte emittente non governativa non può eccedere il 5% del valore del portafoglio; ai fini del calcolo sono considerate tutte le tipologie di attivi con riferimento all'intero Gruppo di appartenenza della controparte, ad esclusione delle emissioni con rating "AAA";
- è possibile acquistare titoli illiquidi, cioè non quotati o non scambiati in modo frequente, per un ammontare

complessivo massimo pari ad un terzo del valore del portafoglio.

Italiana Assicurazioni S.p.A. può investire in strumenti finanziari derivati o in OICR che ne fanno uso, nel rispetto delle condizioni per l'utilizzo previste dalla normativa vigente, in coerenza con le caratteristiche del Fondo e in modo da non alterare il profilo di rischio, con lo scopo sia di pervenire a una gestione efficace del portafoglio, sia di coprire le attività finanziarie per ridurre la rischiosità.

In relazione ai rapporti con le controparti collegate alla Compagnia definite dall'articolo 5 del Regolamento IVASS 26 ottobre 2016 n. 30, ai fini di tutelare i contraenti da possibili situazioni di conflitto di interesse, sono determinati i seguenti limiti di operatività con tali soggetti, fermi restando i limiti sopra descritti:

- qualsiasi transazione deve essere attuata a condizioni di mercato;
- non possono essere effettuate operazioni aventi per oggetto partecipazioni non negoziate in mercati regolamentati liquidi ed attivi;
- eventuali operazioni in titoli obbligazionari non negoziati in mercati regolamentati liquidi ed attivi sono soggette ad un limite massimo di 20 milioni di euro per anno;
- eventuali compravendite di immobili sono soggette ad un limite massimo di 20 milioni di euro per anno;
- l'investimento in attivi emessi, gestiti o amministrati dalle controparti di cui sopra - per singola società o Gruppo di appartenenza - è soggetto ad un limite complessivo massimo del 30% del valore del portafoglio, esclusi gli impieghi in conti correnti e depositi bancari.

4. Tipologia di polizze

Il Fondo è dedicato a contratti di assicurazione sulla vita con partecipazione agli utili.

5. Determinazione del rendimento

Il periodo di osservazione, inteso come esercizio amministrativo del Fondo, per la determinazione del tasso medio di rendimento decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre.

Il tasso medio di rendimento del Fondo si ottiene rapportando il risultato finanziario di competenza del suddetto periodo alla giacenza media delle attività del Fondo stesso.

Il "risultato finanziario" del Fondo è pari ai proventi finanziari di competenza (compresi gli scarti di emissione e di negoziazione, gli utili e le perdite di realizzo) al lordo delle ritenute di acconto fiscali e al netto delle spese unicamente consentite:

- a) spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla Società di Revisione;
- b) spese sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione separata.

Gli utili realizzati comprendono anche quelli derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti da Italiana Assicurazioni S.p.A. in virtù di eventuali accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione.

Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel Fondo e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione e al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nel Fondo per i beni già di proprietà di Italiana Assicurazioni S.p.A.

Per "giacenza media" del Fondo si intende la somma delle giacenze medie nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività del Fondo.

La giacenza media annua dei titoli e delle altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione nel Fondo.

6. Modifiche al regolamento

Italiana Assicurazioni S.p.A. si riserva di apportare al regolamento quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito dell'adeguamento della normativa primaria e secondaria vigente o a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tal ultimo caso, di quelle meno favorevoli per il Contraente.

7. Fusione o scissione con altri Fondi

Italiana Assicurazioni S.p.A. si riserva in futuro la possibilità di effettuare la fusione o scissione del Fondo con un'altra gestione separata solo qualora detta operazione persegua l'interesse degli aderenti coinvolti e non comporti oneri o spese per gli stessi.

Le caratteristiche delle gestioni separate oggetto di fusione o scissione dovranno essere simili e le politiche di investimento omogenee. Italiana Assicurazioni S.p.A. provvederà ad inviare a ciascun Contraente, nei termini previsti dalla normativa vigente, una comunicazione relativa all'operazione in oggetto che illustrerà le motivazioni e le conseguenze, anche in termini economici, e la data di effetto della stessa, oltre che la composizione sintetica delle gestioni separate interessate all'operazione.

Sezione 3

Assicurazioni Complementari abbinabili al Programma Titutela Premio Annuo

Condizioni di Assicurazione

"Titutela Premio Annuo" prevede la possibilità di abbinare all'assicurazione base principale - di cui alla Sezione 2 - altre garanzie assicurative Complementari e specifiche. In questa Sezione vengono riportate le relative Condizioni di Assicurazione, applicabili là dove le relative Garanzie Complementari siano state esplicitamente richieste nel documento di Proposta e richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento della Polizza. Tutte le Garanzie Complementari descritte in questa Sezione cessano da ogni effetto al termine del periodo di pagamento dei premi, e quindi al termine del periodo di differimento, della Garanzia Base.

Là dove, nelle Condizioni di Assicurazione di questa Sezione, si richiama la "durata contrattuale", si intende il periodo di validità delle Garanzie Complementari, equivalente pertanto al "periodo di differimento" della Garanzia Base.

Sezione 3/A

Assicurazione per l'esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente

Art. 1 - Oggetto

Se la polizza è al corrente con il pagamento dei premi e qualora l'Assicurato venga colpito da invalidità totale e permanente, e l'evento si verifichi entro il compimento del 65° anno di età, il Contraente viene esonerato da tutti i pagamenti dei premi successivi alla data di denuncia dello stato di invalidità relativi alla Polizza base.

Ai sensi e per gli effetti della presente Assicurazione complementare si intende colpito da invalidità totale e permanente colui al quale, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica qualsiasi, purché l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, venga riscontrato un grado di invalidità superiore al 65% con conseguente perdita definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione svolta.

Il grado di invalidità permanente viene determinato quando, a giudizio medico, le minorazioni risultano stabili, quantificabili e ad esito non infausto. La valutazione del grado di invalidità avverrà secondo le norme previste dal D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965 (tabelle INAIL).

La presente garanzia non è applicabile qualora l'età dell'Assicurato sia superiore a 55 anni al momento della decorrenza contrattuale, oppure risulti superiore a 70 anni al momento della scadenza contrattuale.

Art. 2 - Decorrenza della garanzia

La garanzia oggetto del presente contratto produce effetti dal momento della sottoscrizione e del pagamento, da parte del Contraente, della prima rata di premio della Polizza.

Art. 3 - Modalità di comunicazione dello stato di invalidità

Qualora si verificasse l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente è tenuto a darne comunicazione alla Società, a mezzo lettera raccomandata, accludendo un dettagliato certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che hanno causato l'invalidità. Il Contraente e l'Assicurato sono tenuti a rispettare i seguenti obblighi:

- consentire alla Società tutte le indagini e visite mediche necessarie ad accertare lo stato di invalidità;

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione utile per l'accertamento dello stato di invalidità;
- fornire tutte le prove necessarie per determinare le cause e le conseguenze della malattia o della lesione che hanno prodotto l'invalidità.

Art. 4 - Accertamenti dello stato di invalidità ed esonero dal pagamento dei premi

La Società renderà nota la propria decisione sul riconoscimento dell'invalidità e la comunicherà entro il termine massimo di 180 giorni dalla data di invio della lettera raccomandata del Contraente - di cui al precedente art. 3 - desunta dal timbro postale.

La Società, una volta accertato clinicamente lo stato di invalidità dell'Assicurato, esonera il Contraente dal pagamento del premio con decorrenza dalla medesima data di invio della lettera raccomandata del Contraente di cui al paragrafo precedente.

In caso di riconosciuta invalidità dell'Assicurato, questi e il Contraente, per continuare a usufruire delle garanzie previste dalla presente Assicurazione Complementare, sono tenuti nei confronti della Società a:

- comunicare ogni eventuale cambio del luogo di residenza dell'Assicurato;
- fornire ogni notizia necessaria ad accertare il permanere dell'invalidità e comunicare in ogni caso l'intervenuta cessazione o le mutate condizioni dell'invalidità stessa;
- consentire che la Società accerti, con medici di sua fiducia, a sue spese, e non più di una volta all'anno, la persistenza dell'invalidità.

Art. 5 - Controversia e Collegio Arbitrale

Qualora - entro i termini di tempo previsti al precedente art. 4 - l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, oppure quando ne venga da questa accertata la cessazione, il Contraente, purché la Polizza sia regolarmente in vigore, ha facoltà di chiedere la constatazione dello stato d'invalidità dell'Assicurato a mezzo di un Collegio arbitrale composto di tre medici, a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione della Società entro il termine di 60 giorni dalla comunicazione avutane.

I medici verranno nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il collegio medico risiede nel Comune, sede di 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 di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 6 - Cessazione della garanzia

- Cessazione della garanzia

La presente Assicurazione Complementare si estingue nei seguenti casi:

- mancato pagamento dei premi della Polizza base;
- al termine dell'anno di assicurazione nel quale l'Assicurato compie 65 anni;
- nel momento in cui viene riconosciuto lo stato di invalidità dell'Assicurato e corrisposta la relativa prestazione.

In ogni caso i premi già versati restano acquisiti di diritto dalla Società.

Se la Polizza prevede anche altre garanzie Complementari, tali garanzie cessano al momento stesso in cui l'Assicurato viene riconosciuto invalido ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione. I relativi premi non saranno più dovuti.

Art. 7 - Esclusione dell'Assicurazione Complementare

La presente Assicurazione Complementare non contempla i casi di invalidità che siano l'espressione o la conseguenza di infortuni, malattie, malformazioni o situazioni patologiche insorte o comunque preesistenti anteriormente alla stipulazione della polizza, anche se all'epoca non ancora conosciute. Sono inoltre esclusi dall'oggetto dell'assicurazione i casi di invalidità:

- direttamente collegati ad un evento traumatico avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;

o causati da:

- attività che implicino contatto/uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo; minatori; scavatori di gallerie o tunnel, personale circense, controfigure cinematografiche, attività svolte su piattaforme petrolifere, attività sottomarine subacquee;
- attività manuali (a titolo esemplificativo e non esaustivo: installazione, montaggio di tralicci, impalcature, antenne, radar e pulizia di vetri, insegne e simili) svolte prevalentemente oltre 10 m. di altezza;
- pratica di sport pericolosi o estremi quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: sci alpinismo, sci o snowboard acrobatico, scalate di rocce o ghiacciai oltre il terzo grado (scala U.I.A.A.), competizioni di veicoli e/o natanti a motore organizzate da Federazioni o Enti riconosciuti e relative prove, bungee jumping, tuffi dalle grandi altezze, uso di ultraleggeri, deltaplani e simili, paracadutismo in caduta, torrentismo, immersioni subacquee ad una profondità superiore ai 30 metri, speleologia;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- dolo del Contraente/Assicurato;
- stati di alcolismo acuto o cronico, uso di stupefacenti ed allucinogeni o psicofarmaci, a meno che l'uso di stupefacenti, allucinogeni o psicofarmaci sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza - infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita o sindromi o stati assimilabili;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- partecipazione attiva a operazioni militari, scioperi, sommosse, tumulti, invasioni, vandalismi compiuti o tentati dall'Assicurato, partecipazione attiva a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che ciò non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di 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;
- Infortuni o malattie causati da atti volontari di autolesionismo (ivi incluso il tentativo di suicidio) compiuti dall'Assicurato o da lui consentiti o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
- sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica a seguito di infortunio o malattia avvenuti durante il periodo di polizza;
- cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni già in essere prima della data di effetto delle garanzie;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 8 - Cessazione dello stato di invalidità

Qualora venga accertata la cessazione dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, la Società notifica, con lettera raccomandata, sia al Contraente sia all'Assicurato, la revoca dell'esenzione dal pagamento dei premi, con decorrenza dalla data di cessazione dell'invalidità.

In questo caso, il Contraente è nuovamente tenuto al pagamento dei premi di Polizza.

Art. 9 - Richiamo alle Condizioni della Garanzia Base

Alla presente Assicurazione Complementare si applicano, per quanto qui non regolato, le Condizioni di Assicurazione della garanzia base di Polizza. In ogni caso non si applicano gli articoli relativi alla riduzione, al riscatto e al prestito.

Art. 10 - Costo della garanzia

Il costo della presente Assicurazione Complementare è pari - fino ad un'età a scadenza di 60 anni - all'1% del premio annuo dovuto per la Garanzia Base. Per età a scadenza maggiori, tale aliquota diviene pari a:

Età a scadenza	Aliquota	Età a scadenza	Aliquota
61	1,50%	66	4,00%
62	2,00%	67	4,50%
63	2,50%	68	5,00%
64	3,00%	69	5,50%
65	3,50%	70	6,00%

Sezione 3/B

Assicurazione per il caso di morte da infortunio
(abbinabile esclusivamente alle tariffe)

Art. 1 - Oggetto

Se la polizza è al corrente con il pagamento dei premi e qualora l'Assicurato deceda nel corso della durata contrattuale a causa di un infortunio - quale definito al successivo art. 3 - la Società si impegna a liquidare ai Beneficiari designati in polizza un capitale addizionale pari al capitale, rivalutato alla data del decesso, assicurato con la Garanzia Base del contratto.

Art. 2 - Condizioni per il raddoppio del capitale

Il capitale garantito, quale definito all'art. 1, è raddoppiato se la morte avviene per infortunio:

- derivante all'Assicurato mentre si trova alla guida di veicoli e natanti, purché, se richiesto, sia in possesso di regolare abilitazione a norma delle disposizioni vigenti;
- causato all'Assicurato - come passeggero, pedone o bagnante - da qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto terrestre, marittimo, lacuale e fluviale;
- occorso all'Assicurato in qualità di passeggero di aeromobile, purché non sia membro dell'equipaggio, l'aeromobile sia autorizzato al volo e il pilota sia titolare di brevetto idoneo.

Art. 3 Obblighi della Società e Disciplina del Contratto

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte dell'Assicurato. L'assicurazione vale se la morte dell'Assicurato per infortunio si verifica entro due anni dal giorno in cui l'infortunio stesso è avvenuto. Sono considerati come infortuni anche:

- a) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b) l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto dall'art. 4 lettera d) che segue;
- c) morsi di animali, le punture e le ustioni di animali e vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termini delle presenti condizioni particolari;
- d) l'affogamento;
- e) le lesioni (esclusi gli infarti e le ernie) determinate da sforzi;
- f) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;

- g) gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- h) quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- i) quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- l) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, aggressioni od atti violenti cui l'Assicurato non abbia preso parte.

Art. 4 - Delimitazione dell'assicurazione – Esclusioni

L'assicurazione è sospesa durante l'arruolamento volontario non sostitutivo del servizio di leva, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione. Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) gli infortuni direttamente collegati ad un evento traumatico avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- b) gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, dall'uso e guida di mezzi subacquei; gli infortuni subiti all'Assicurato come pilota d'aereo o come membro dell'equipaggio; gli infortuni subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero di aeromobile non autorizzato al volo e con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- c) l'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skelezon (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
- d) la partecipazione a corse o gare e relative prove od allenamenti, salvo che si tratti di:
 - raduni automobilistici e gare di regolarità pura;
 - altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore e gli sport esclusi dalla precedente lettera b);
 - regate veliche o raduni cicloturistici;
- e) gli infortuni dovuti a stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni o simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- f) gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo;
- g) gli infortuni derivanti da stato di guerra o insurrezioni;
- h) gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- i) gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Art. 5- Estinzione dell'assicurazione

L'assicurazione Complementare si estingue e i premi restano acquisiti dalla Società:

- a) in caso di mancato pagamento, cessazione ed esonero per qualsiasi causa, dei premi della Garanzia Base;
- b) al termine del periodo previsto per il pagamento dei premi della Garanzia Base e, comunque, alla fine dell'anno di assicurazione in cui l'Assicurato avrà compiuto il 70° anno di età.

L'eventuale riscossione del premio infortuni nei casi che precedono non obbliga la Società, la quale restituirà quanto erroneamente incassato.

Art. 6 - Pagamento del capitale assicurato

Fermo restando l'obbligo della presentazione della documentazione secondo quanto previsto dall'allegato alle presenti Condizioni di Assicurazione, la Società pagherà il capitale garantito dalla presente assicurazione Complementare dopo che l'infortunio le sarà stato notificato, mediante lettera raccomandata, entro gli otto giorni successivi alla morte o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia dovrà indicare il luogo, il giorno e l'ora, le cause, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'infortunio, nonché quanto altro disponibile a comprovare che la morte è conseguente ad infortunio. Gli aventi diritto dovranno consentire alla Società lo svolgimento delle indagini e autorizzare i medici, intervenuti dopo l'infortunio, a dare le informazioni che fossero necessarie.

Art. 7 - Rinuncia al diritto di surroga

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surroga che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 8 - Richiamo alle Condizioni della Garanzia Base

Alla presente Assicurazione Complementare si applicano, per quanto qui non regolato, le Condizioni di Assicurazione della garanzia base di Polizza. In ogni caso non si applicano gli articoli relativi alla riduzione, al riscatto e al prestito.

Non è applicabile, per questa assicurazione Complementare, il periodo di "carenza" eventualmente previsto dalla Garanzia Base o da altre assicurazioni Complementari stipulate senza visita medica.

Art. 9 - Costo della Garanzia Infortuni

Il costo iniziale della presente assicurazione Complementare è pari al 2 per mille, imposte incluse, del capitale iniziale assicurato con la Garanzia Base di polizza. Ad ogni successiva ricorrenza annuale del contratto il costo suddetto:

1. Forma Garanzia Base a premi Costanti: rimarrà costante;
2. Forma Garanzia Base a premi Rivalutabili: si rivaluterà dell'identica misura percentuale applicata alla rivalutazione del capitale della garanzia base.

Sezione 3/C

Assicurazione Complementare Temporanea per il caso di morte a Capitale Costante ed a Premio Annuo Costante (abbinabile esclusivamente alle tariffe)

La presente assicurazione prevede la presentazione di alcuni accertamenti sanitari in rapporto all'entità del capitale assicurato. È tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla compilazione di un questionario, ma in tal caso è previsto un periodo di "carenza" (limitazione della prestazione assicurata) di sei mesi a decorrere dalla data di perfezionamento della polizza.

Le condizioni di carenza - qualora applicabili in quanto richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento del contratto - sono descritte alla Sezione 4 del presente documento.

Art. 1 - Oggetto

Se la polizza è al corrente con il pagamento dei premi e qualora l'Assicurato deceda prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce ai Beneficiari designati il pagamento del relativo capitale assicurato indicato in Polizza. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della Polizza, la presente garanzia assicurativa si intenderà estinta ed i relativi premi pagati resteranno acquisiti alla Società.

Art. 2 - Premio annuo e interruzione del pagamento dei premi

Il premio annuo pattuito è costante per tutta la durata contrattuale ed è dovuto non oltre l'anno di decesso dell'Assicurato.

Qualora il Contraente interrompa il pagamento dei premi della Polizza nel corso della durata contrattuale, la presente copertura assicurativa si intenderà estinta, qualunque sia il numero dei premi annui corrisposti, ed i premi versati relativi alla presente assicurazione Complementare resteranno acquisiti alla Società.

Art. 3 - Riattivazione

Nel caso di sospensione del pagamento dei premi la polizza potrà essere riattivata in base a quanto previsto nello specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione della Polizza base.

Qualora la riattivazione venisse richiesta successivamente ai primi 6 mesi dalla prima rata di premio non pagata, la Società si riserva il diritto di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

Art. 4 - Esclusioni e Limitazioni dell'assicurazione

Le esclusioni e le limitazioni della presente assicurazione sono quelle medesime previste dall'art. 6, Sezione 2, delle Condizioni di Assicurazione della garanzia base della Polizza.

Art. 5 - Richiamo alle condizioni della Garanzia base

Alla presente Assicurazione Complementare si applicano, per quanto qui non regolato, le Condizioni di Assicurazione della garanzia base di Polizza. In ogni caso non si applicano gli articoli relativi alla riduzione, al riscatto e al prestito.

Assicurazione "Terminal Illness"

Complementare all'Assicurazione Temporanea per il caso di morte a Capitale Costante ed a Premio Annuo Costante

(abbinabile esclusivamente alle tariffe)

Art. 1 - Oggetto e Definizione di "Terminal Illness"

Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una malattia terminale che, a giudizio del medico fiduciario di Italiana Assicurazioni SpA, concorde con il medico curante dell'Assicurato, comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di sei mesi o meno, la Società garantisce all'Assicurato il pagamento immediato del capitale previsto dall'Assicurazione Temporanea per il caso di morte, in vigore al momento del riconoscimento dello stato di malattia terminale.

La comunicazione di diagnosi della malattia terminale deve avvenire entro la data di scadenza quale definita al successivo art. 3.

Art. 2 - Costo dell'Assicurazione Complementare "Terminal Illness"

Nessun costo aggiuntivo è previsto per la presente Assicurazione Complementare.

Art. 3 - Durata e risoluzione dell'assicurazione

La durata dell'assicurazione "Terminal Illness" è uguale alla durata dell'Assicurazione Temporanea per il caso di morte diminuita di un anno.

La presente assicurazione si intende comunque risolta qualora il Contraente, per qualunque motivo, interrompa il pagamento dei premi relativi alla garanzia base. La copertura assicurativa potrà essere riattivata in base a quanto previsto nello specifico articolo delle Condizioni di Assicurazione della Polizza base.

Art. 4 - Esclusioni e Limitazioni dell'assicurazione

Le esclusioni e le limitazioni della presente assicurazione sono quelle medesime previste dall'art. 6, Sezione 2, delle Condizioni di Assicurazione della Polizza base.

Art. 5 - Denuncia dello stato di malattia terminale

Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una malattia terminale, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia a Italiana Assicurazioni SpA attraverso un apposito modulo trasmesso a mezzo raccomandata, redatto e firmato da un medico che attesti la diagnosi di malattia terminale, corredandolo con la relativa documentazione sanitaria.

Nella fase di accertamento dell'avvenuta diagnosi di malattia terminale da parte di Italiana Assicurazioni SpA, il Contraente o l'Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società ai fini del predetto accertamento.

Italiana Assicurazioni SpA, infine, si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia terminale con propri medici di fiducia.

Art. 6 - Riconoscimento dello stato di malattia terminale e pagamento del capitale assicurato

Accertato lo stato di malattia terminale, quale definito al precedente art. 1, la Società pagherà il capitale garantito dalla presente assicurazione Complementare entro trenta giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione richiesta e delle eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.

L'assicurazione prevista dalla Garanzia Temporanea per il caso di morte, e le eventuali altre Assicurazioni Complementari, cesseranno una volta eseguito il pagamento della presente Assicurazione Complementare, e rimarrà in vigore la sola garanzia assicurata relativa alla Polizza base.

Il premio dovuto dal Contraente dopo il riconoscimento dello stato di malattia terminale riguarderà pertanto solo quest'ultima garanzia.

Qualora, invece, la malattia non venisse riconosciuta come terminale, il Contraente sarà tenuto a proseguire il versamento dei premi relativi alla Polizza base e alle eventuali Assicurazioni Complementari per la durata prevista.

Art. 7 - Richiamo alle condizioni della Garanzia base

Alla presente Assicurazione Complementare si applicano, per quanto qui non regolato, le Condizioni di Assicurazione della garanzia base di Polizza. In ogni caso non si applicano gli articoli relativi alla riduzione, al riscatto e al prestito.

Sezione 3/E

Assicurazione Complementare "SalvaVita" per il caso di malattia grave

(abbinabile esclusivamente alle tariffe)

Art. 1 - Oggetto

Se la polizza è al corrente con il pagamento dei premi e qualora all'Assicurato, prima della scadenza contrattuale, venga diagnosticata una delle malattie gravi descritte al successivo art. 2, la Società garantisce ai Beneficiari designati il pagamento del relativo capitale assicurato indicato in Polizza, esonerando contestualmente il Contraente dal pagamento dei premi residui dovuti per la Polizza base mentre, contemporaneamente, tutte le eventuali garanzie Complementari si estinguono. Nel caso in cui, alla data di scadenza dell'assicurazione SalvaVita, l'Assicurato non sia stato colpito da alcuna delle citate malattie gravi, la presente garanzia assicurativa si intenderà estinta ed i relativi premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

La Garanzia SalvaVita è prestata fino all'età massima di 65 anni. Fermo restando questo limite, l'età per l'ingresso in assicurazione varia da 18 a 60 anni e la durata contrattuale massima prevista è di 10 anni. L'abbinamento di questa garanzia complementare è inoltre consentito solo nel caso in cui la durata contrattuale della garanzia base sia minore o uguale a 20 anni.

Art. 2 - Definizione delle malattie gravi indennizzabili

Le malattie gravi ricomprese nella copertura assicurativa e considerate indennizzabili sono le seguenti:

Cancro

Diagnosi di tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne con invasione dei normali tessuti.

Il cancro deve essere confermato da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo. Il cancro comprende leucemia, linfomi maligni, malattia di Hodgkin, neoplasie maligne del midollo osseo e carcinoma cutaneo metastatico.

Dalla garanzia sono esclusi:

- Carcinoma in situ, displasia cervicale, cancro della cervice CIN I, CIN II e CIN III, tutte le forme premaligne e i tumori non invasivi;
- Cancro della prostata in fase iniziale, Stadio T1 (T1a e T1b compresi) secondo il sistema TNM o stadiazione equivalente;
- I melanomi cutanei, Stadio 1 (≤ 1 mm, livello I, livello II o livello III, senza ulcerazione), secondo la nuova classificazione AJCC 2002;
- Ipercheratosi, carcinomi cutanei basocellulari e squamocellulari;
- Tutti i tumori in presenza di infezione da HIV.

Chirurgia Cardiovascolare

Intervento chirurgico a cuore aperto mirato a correggere la stenosi o l'occlusione di due o più coronarie con innesti di porzioni autologhe della vena safena o dell'arteria mammaria interna. Non sono indennizzabili tutte le procedure non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione chirurgica di un'ostruzione con tecniche laser. È necessaria prova angiografica della patologia che ha reso necessario l'intervento.

Infarto miocardico

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante dall'interruzione improvvisa di un apporto sufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi viene formulata sulla base di tutti e tre i seguenti criteri:

- Anamnesi di precordialgia tipica;
- Nuove alterazioni elettrocardiografiche;
- Aumento degli enzimi cardiaci.

Ictus

Accidente cerebrovascolare che produca un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda:

- a) Infarto del tessuto cerebrale;
- b) Emorragia di vaso intracranico;

oppure:

- c) Embolizzazione da fonte extracranica.

Insufficienza renale

Insufficienza renale terminale dovuta ad insufficienza renale cronica irreversibile di entrambi i reni. È necessaria prova che l'Assicurato si sottopone a emodialisi regolare o si è già sottoposto a trapianto renale.

Trapianto di organi principali L'inclusione in una lista di attesa ufficiale o l'essersi sottoposto, come ricevente, al trapianto di:

- a) uno dei seguenti organi umani:

- cuore, polmone, fegato, rene, pancreas;

- b) oppure di:

- midollo osseo umano mediante cellule staminali emopoietiche, preceduto da ablazione totale di midollo osseo. Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo.

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente necessario e basato sulla conferma di insufficienza d'organo.

Cecità

Perdita totale, permanente e irreversibile della vista in entrambi gli occhi dovuta a trauma o malattia. La diagnosi deve essere confermata clinicamente da un oculista specialista. La cecità è tale solo se è impossibile correggerla mediante procedura medico-chirurgica.

Sclerosi multipla

Diagnosi inequivocabile formulata da un neurologo specialista (primario o aiuto) di Clinica o Istituto Universitario di Neurologia in seguito a più episodi di sintomi neurologici ben definiti con segni persistenti di interessamento dei nervi ottici, del tronco cerebrale e del midollo spinale, associati a compromissione della coordinazione e della funzione sensorimotoria. L'Assicurato deve presentare deficit neurologici in più di un distretto del sistema nervoso,

separati nel tempo da un periodo durante il quale vi sia stata prova di un certo grado di regressione dei sintomi. I deficit devono presentare i sintomi tipici della demielinizzazione a carico del cervello, dei nervi ottici, del tronco cerebrale o del midollo spinale.

Art. 3 - Condizioni di assicurabilità

La stipulazione della polizza è subordinata all'esito positivo della visita medica, che deve essere comprensiva di analisi microscopica delle urine eseguita in laboratorio, cui l'Assicurando deve sottoporsi con onere a suo carico. Il capitale massimo assicurabile è pari a Euro 220.000,00 e, in presenza di visita medica, non è previsto alcun periodo di carenza, quale successivamente descritto.

Ferma restando la facoltà, da parte dell'Assicurando di sottoporsi a visita medica, la stipulazione della polizza è consentita anche senza visita medica, nei limiti dei seguenti capitali assicurati per classi di età:

Classi di età	Importo massimo di capitale assicurato senza visita medica (*)
Fino a 50 anni	Euro 110.000,00
51 – 55 anni	Euro 80.000,00
56 – 60 anni	Euro 55.000,00

(*) L'importo del capitale si intende comprensivo anche di quello relativo alla Polizza base e della garanzia Complementare Temporanea per il caso di morte (Sezione 3/C), se prevista. Qualora il capitale complessivamente assicurato fosse superiore ai limiti indicati in tabella, non sarà possibile stipulare la polizza con la clausola di carenza. In tal caso, il perfezionamento del contratto è comunque subordinato all'esame della documentazione sanitaria prevista dalla Società in relazione ad età ed ammontare del capitale assicurato.

In assenza di visita medica l'Assicurando è tenuto comunque a compilare un questionario sanitario ed è previsto un periodo di carenza pari a 6 mesi a decorrere dalla data di perfezionamento della polizza. Nel caso in cui all'Assicurato, in tale periodo, venga diagnosticata una malattia grave, comunque accertata anche in epoca successiva al termine del suddetto periodo di carenza, la Società rimborsa l'importo dei premi versati relativi alla Garanzia SalvaVita stessa, al netto delle eventuali imposte, se previste. Gli effetti della presente assicurazione Complementare decadono automaticamente a seguito di tale rimborso, mentre la Polizza base e le eventuali altre garanzie Complementari rimangono in vigore alle condizioni per esse pattuite.

Tali limitazioni non hanno effetto se la malattia grave diagnosticata nel suddetto periodo di carenza sia conseguenza diretta di infortunio, ovvero di un trauma prodotto all'organismo, dopo la data di perfezionamento della presente assicurazione, da causa fortuita, esterna, violenta ed improvvisa.

Il premio per la Garanzia SalvaVita è determinato applicando i tassi di premio in vigore all'epoca della sua stipulazione, con riferimento all'età dell'Assicurato a tale epoca ed alla relativa durata contrattuale.

Il rischio delle malattie gravi ricomprese nelle coperture assicurative di cui al precedente art. 2 è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

Sono escluse dalla garanzia soltanto le malattie gravi:

- direttamente collegate ad un evento traumatico avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;

causate da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;

- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;

- malattia in presenza di sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o di sieropositività all'HIV;

- 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 del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;

- incidenti di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- tentativo di suicidio o di atto autolesionistico da parte dell'Assicurando;
- abuso di alcool, stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope o simili;
- volontario rifiuto di osservare le prescrizioni mediche.

In questi casi, la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolata al momento della diagnosi della malattia grave, successivamente accertata.

Per tutti i pagamenti della Società devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti - specificati al successivo art. 4 ed in allegato al presente documento - atti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

La Società richiederà comunque il certificato di nascita dell'Assicurato che può essere consegnato fin dal momento della stipulazione del contratto o che, in difetto, verrà richiesto con lettera raccomandata dalla Società all'Assicurato subito dopo la stipulazione.

Art. 4 - Denuncia, Diagnosi ed Accertamento della malattia grave - Liquidazione del capitale

Ai fini della presente copertura, la malattia grave si considera insorta al momento della prima diagnosi documentata. Qualora l'Assicurato sia colpito da una malattia grave diagnosticata e indennizzabile, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia alla Società entro 60 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la malattia, attraverso un apposito questionario trasmesso a mezzo raccomandata, redatto e firmato da un medico che attesti la diagnosi di malattia grave, corredandolo con la relativa documentazione medica richiesta.

La Società si impegna ad accertare l'avvenuta diagnosi della malattia grave entro 60 giorni dalla data del timbro postale di ricevimento della suindicata lettera raccomandata, salvo il caso di denuncia di sopravvenuta Invalidità Totale e Permanente (se la relativa copertura è stata prevista): in quest'ultimo caso il periodo di tempo massimo previsto per l'accertamento è di 180 giorni.

Nella fase di accertamento l'Assicurato o il Contraente, sotto pena di decadenza della relativa copertura assicurativa, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla Società per stabilire cause ed effetti delle malattie gravi indennizzabili.

La Società, infine, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia grave con propri medici di fiducia.

Accertata la diagnosi della malattia grave, la Società corrisponderà il capitale assicurato entro 20 giorni dalla data dell'avvenuto accertamento e comunque non oltre 20 giorni dal limite indicato al paragrafo precedente, esonerando contestualmente il Contraente dal pagamento dei premi residui dovuti per la Polizza base. Tutte le eventuali garanzie Complementari presenti in Polizza verranno annullate con effetto dalla data di insorgenza della malattia grave.

In particolare, una volta corrisposto il capitale assicurato dovuto per la presente garanzia, l'assicurazione Complementare SalvaVita si estingue e nulla è più dovuto nel caso in cui l'Assicurato venga colpito da altra malattia grave, mentre la Polizza base resta in vigore sia per quanto garantito in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza sia per quanto garantito nel caso di premorienza.

Tuttavia, limitatamente al solo capitale garantito in caso di morte dalla forma assicurativa base, se il decesso dell'Assicurato dovesse avvenire entro 3 mesi dalla data di accertamento della diagnosi di malattia grave, verranno applicate le seguenti restrizioni:

- nel caso di morte dell'Assicurato entro il primo mese successivo alla diagnosi, non verrà pagato il capitale assicurato per il caso di morte;
- nel caso di morte dell'Assicurato nel secondo mese successivo alla diagnosi, verrà pagato un terzo del capitale assicurato per il caso di morte;
- nel caso di morte dell'Assicurato nel terzo mese successivo alla diagnosi, verrà pagato un importo pari ai due terzi del capitale assicurato per il caso di morte.

Dal quarto mese in poi dopo la diagnosi, il capitale assicurato è ripristinato al 100%.

Qualora però il capitale caso morte della Polizza base fosse superiore a quello assicurato con la garanzia SalvaVita, la differenza viene comunque liquidata indipendentemente dalla data di decesso dell'Assicurato.

Qualora la Società non riconosca la malattia grave come indennizzabile, il Contraente o l'Assicurato hanno facoltà, entro 60 giorni dal ricevimento della dichiarazione negativa dell'accertamento, di promuovere, a mezzo lettera raccomandata, la decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente o dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due Parti.

In caso di mancato accordo entro 10 giorni dalla richiesta dell'arbitrato, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale dove ha sede il Contraente. Il Collegio Arbitrale decide entro 30 giorni dalla sua costituzione, a maggioranza, senza formalità di procedura, come amichevole compositore, con parere vincolante anche se uno dei componenti rifiuta di firmare il relativo verbale.

Gli arbitri, qualora lo ritengano opportuno e senza obbligo di sentenza, possono promuovere qualsiasi tipo di accertamento sanitario. Ciascuna delle parti sopporta le spese e le competenze del proprio medico prescelto e la metà di quelle del terzo medico.

Qualora il Collegio Arbitrale esprima un parere favorevole circa l'accertamento della diagnosi di una malattia grave, la corresponsione del capitale avverrà entro 20 giorni dalla data di comunicazione del suddetto parere.

Qualora siano scaduti i tempi previsti per la corresponsione della prestazione assicurata, come in precedenza riportati, saranno dovuti gli interessi moratori.

Art. 5 - Prestazioni assicurate

Lo sviluppo del capitale assicurato e del relativo premio nel corso della durata contrattuale dipendono dalla forma della Garanzia Base.

A) Garanzia Base a Premio Costante

Il premio ed il capitale assicurato, relativi alla presente garanzia Complementare, restano costanti per tutta la durata contrattuale. Entrambi gli importi sono indicati nel documento di Polizza.

B) Garanzia Base a Premio Rivalutabile

Il premio ed il capitale assicurato, relativi alla presente garanzia Complementare, si rivaluteranno annualmente sulla base della medesima aliquota di partecipazione e rendimento del Fondo previsti dalla Clausola di Rivalutazione delle Condizioni di Assicurazione della Polizza base (Sezione 2/A2).

La misura annua di rivalutazione sarà uguale al rendimento attribuito diminuito del tasso tecnico, pari al 4%, già riconosciuto nel calcolo del capitale inizialmente assicurato, che costituisce la garanzia minima di rivalutazione della prestazione assicurata per tutta la durata contrattuale.

Il capitale rivalutato sarà determinato sommando al capitale, in vigore nel periodo annuale precedente, un importo ottenuto moltiplicando il capitale assicurato stesso per la misura della rivalutazione quale precedentemente definita. Anche il premio verrà rivalutato nella medesima proporzione.

L'incremento da rivalutazione annua si intende acquisito di diritto nella polizza e quindi la polizza stessa si considera come sottoscritta sin dall'origine per i nuovi aumentati importi.

Art. 6 - Pagamento del premio annuo ed esonero dal pagamento dei premi

Qualora il Contraente interrompa il pagamento dei premi relativi alla Polizza base, la garanzia SalvaVita si intenderà estinta qualunque sia il numero dei premi annui già corrisposti, ed i premi versati restano acquisiti alla Società.

A partire dalla data della diagnosi di una delle malattie gravi indennizzabili a norma dell'art. 2, il Contraente sospende il pagamento delle rate di premio dovute a fronte della Polizza base, ferme restando le relative garanzie in corso.

Se la malattia grave viene riconosciuta indennizzabile una volta ultimati i relativi accertamenti, l'obbligo al pagamento dei premi cessa definitivamente e la Società rimborsa le eventuali rate di premio al netto delle imposte, se presenti, con scadenza successiva alla data di diagnosi della malattia grave e che fossero state nel frattempo eventualmente corrisposte.

Qualora la malattia grave non venga riconosciuta indennizzabile a seguito dei relativi accertamenti effettuati, il Contraente è tenuto a versare i premi non corrisposti, scaduti successivamente alla data di insorgenza della malattia, aumentati degli interessi di riattivazione come stabiliti dalle Condizioni di Assicurazione della Polizza base.

Art. 7 - Obblighi delle parti

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla polizza e dagli eventuali allegati rilasciati.

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. Nel caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti, la Società applicherà quanto previsto dalla normativa vigente in presenza ed in assenza di dolo o colpa grave (rispettivamente artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

In particolare, l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle prestazioni assicurate.

Art. 8 - Richiamo alle condizioni della Garanzia base

Alla presente garanzia si applicano, per quanto qui non regolato, le disposizioni della Polizza base. In ogni caso non si applicano gli articoli relativi alla riduzione, al riscatto e al prestito.

Assicurazione "SalvaVita" per il caso di malattia grave

(abbinabile esclusivamente alle tariffe)

Estensione garanzia

Qualora esplicitamente richiesto nel documento di Proposta, e richiamato dalla conferma contrattuale rilasciata dalla Società al perfezionamento del contratto, alla lista delle malattie gravi, di cui all'art. 2, ricomprese nella copertura assicurativa della presente garanzia Complementare e considerate indennizzabili, viene aggiunta - fermo restando le Condizioni di applicabilità descritte nella presente Sezione - la seguente:

Invalidità Totale e Permanente

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, quale che fosse la professione esercitata dall'Assicurato e semprechè il grado di invalidità risulti pari o superiore al 65%.

L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

Per il calcolo del grado di invalidità dovuta ad infortunio si conviene di adottare la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124.

Esclusioni dalla garanzia "Invalidità Totale e Permanente"

È esclusa dall'oggetto dell'assicurazione l'invalidità:

- direttamente collegata ad un evento traumatico avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;

o causata da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- malattia in presenza di sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o di sieropositività all'HIV;
- 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 del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;

- incidenti di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- tentativo di suicidio o di atto autolesionistico da parte dell'Assicurando;
- volontario rifiuto di osservare le prescrizioni mediche;
- infortuni e malattie correlati all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- trattamenti estetici (ad eccezione di quelli resisi necessari per Infortunio dell'Assicurato), cure dimagranti e dietetiche;
- malattie del sistema nervoso, disturbi mentali, disturbi comportamentali, disturbi della personalità, disturbi dell'umore compresi anche gli stati paranoidei, le forme maniacodepressive e la schizofrenia;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, uso e guida di mezzi subacquei; uso di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- partecipazione dell'Assicurato alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

Sezione 4

Condizioni supplementari di Carenza

In questa Sezione vengono riportate le Condizioni di Carenza, applicabili là dove:

- la garanzia base del contratto, e/o una o più delle garanzie Complementari abbinabili e comprese in polizza, richiedano il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica;
- l'Assicurato si sia limitato alla compilazione di un questionario anamnestico ed il presente contratto sia stato pertanto assunto, in particolare, senza visita medica;
- siano esplicitamente richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento della Polizza.

Art. 1 - Carenza per contratti senza visita medica

Premesso che l'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, il presente contratto viene assunto senza visita medica e pertanto, a parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dal perfezionamento della polizza e la polizza stessa sia al corrente col pagamento dei premi, la Società corrisponderà - in luogo del capitale assicurato - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di eventuali spese accessorie e imposte.

La Società non applicherà entro i primi sei mesi dal perfezionamento del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;

c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto all'art. 6 delle Condizioni della Garanzia Base) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Rimane inoltre convenuto, che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni (sette anni se il capitale assicurato supera i 220.000,00 Euro) dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. In suo luogo, qualora non si tratti di assicurazione di puro rischio, e risulti al corrente con il pagamento dei premi od abbia acquisito il diritto alla riduzione, sarà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di eventuali spese accessorie ed imposte. Resta inteso che, nel caso di riduzione, il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso di morte.

ALLEGATO 1

Coefficienti di riscatto in corrispondenza dell'età raggiunta dall'Assicurato alla data della richiesta per Euro 1.000,00 di capitale rivalutato.

Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente
19	744,885	40	822,997	61	903,495	82	967,084
20	748,433	41	826,882	62	907,101	83	969,401
21	751,990	42	830,776	63	910,681	84	971,571
22	755,558	43	834,677	64	914,244	85	973,423
23	759,141	44	838,582	65	917,766	86	975,026
24	762,742	45	842,487	66	921,233	87	976,476
25	766,359	46	846,390	67	924,638	88	977,842
26	770,000	47	850,295	68	927,982	89	979,263
27	773,663	48	854,190	69	931,275	90	980,636
28	777,348	49	858,084	70	934,498	91	981,949
29	781,058	50	861,974	71	937,641	92	983,165
30	784,792	51	865,855	72	940,717	93	984,332
31	788,544	52	869,722	73	943,713	94	985,455
32	792,318	53	873,574	74	946,644	95	986,530
33	796,107	54	877,389	75	949,494	96	987,532
34	799,908	55	881,204	76	952,252	97	988,432
35	803,721	56	885,006	77	954,919	98	989,265
36	807,550	57	888,782	78	957,507	99	990,035
37	811,392	58	892,513	79	959,993	100	990,746
38	815,251	59	896,217	80	962,389	101	991,404
39	819,120	60	899,865	81	964,731	102	992,015

Documentazione richiesta per ogni evento di liquidazione

Eventi di liquidazione	Riscatto totale	Riscatto parziale	Prestito	Pagamento capitale a Scadenza	Pagamento rendita a scadenza	Decesso Assicurato	Decesso Contraente	Sinistro sulle garanzie complementari
Richiesta sottoscritta dal Contraente corredata da copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.	■	■	■	■	■			■
Dichiarazione attestante la data effetto dell'ultima quietanza pagata.	■	■	■	■	■	■		■
Coordinate bancarie di un c/c intestato o cointestato ai singoli Beneficiari/Contraente in caso di pagamento della somma assicurata tramite bonifico bancario.	■	■	■	■	■	■		■
Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità dei Beneficiari della prestazione maturata, qualora diversi da Contraente e Assicurato	■	■		■	■	■		
Richiesta di opzione alla scadenza sottoscritta dal Contraente corredata da copia di un documento di riconoscimento in corso di validità per l'opzione rendita con descrizione della tipologia della rendita scelta.					■			
Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato, qualora diverso dal Contraente.				■	■			
Certificato di esistenza in vita dell'Assicurato o autocertificazione presso l'Agenzia. Tale documento è da presentare almeno due mesi prima di ogni ricorrenza annuale successiva alla scadenza in caso di pagamento rendita.					■			
Consenso e dati anagrafici/fiscali del Vincolatario, in presenza di vincolo atti-vo sulla polizza.	■	■	■					
Denuncia di sinistro, con descrizione dettagliata della malattia o della dinamica dell'infortunio.								■
Comunicazione di avvenuto decesso e copia del certificato di morte.						■	■	
Documentazione sanitaria relativa all'infortunio/malattia/causa del sinistro: <ul style="list-style-type: none"> ■ cartelle cliniche; ■ certificati medici; ■ lettera di dimissioni rilasciata dall'ospedale attestante il ricovero e la degenza; ■ altri accertamenti di cui già in possesso. 						■		■
Relazione del medico curante sulla causa di decesso su modulo della Compagnia.						■		
Visita medico legale, in caso di richiesta di indennizzo per invalidità permanente o totale.								■
In caso di decesso dell'Assicurato/Contraente: <ul style="list-style-type: none"> ■ atto notorio per la determinazione della presenza di un testamento e/o degli eredi legittimi (Atto sostitutivo di notorietà per importi non superiori a Euro 15.000,00); ■ copia autenticata dell'eventuale testamento; ■ decreto del giudice tutelare, in presenza di Beneficiari minorenni. 						■	■	
Certificato di non gravidanza del coniuge nel caso in cui la definizione del Beneficiario risulti essere "... figli nati e nati" o "Eredi legittimi".						■	■	
Documento delle autorità competenti, in caso di morte violenta, attestante le circostanze nelle quali è avvenuto il decesso e/o Documento delle autorità competenti attestante la chiusura dell'eventuale inchiesta giudiziaria.						■		
Richiesta di cambio Contraente, sottoscritta da tutti gli eredi legittimi, corredata dalla copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del nuovo Contraente.							■	
Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del Soggetto munito della rappresentanza legale in caso di contratto stipulato per conto terzi.	■	■	■	■	■			
Copia della Visura camerale in caso di contratto stipulato per conto di una persona giuridica.	■	■	■	■	■			
Autocertificazione Fatca in caso di prestazione maturata liquidata a persona diversa dal Contraente.	■	■		■				

Aliquota di retrocessione (o di partecipazione)

La percentuale del rendimento conseguito dalla gestione separata degli investimenti che la società riconosce agli assicurati.

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la società ed il contraente.

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in polizza dal contraente, che può coincidere o no con il contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato. Caricamenti. Parte del premio versato dal contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della società.

Composizione della gestione separata

Informazione sulle principali tipologie di strumenti finanziari o altri attivi in cui è investito il patrimonio della gestione separata.

Conclusione del contratto

Momento in cui il contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il contraente riceve il contratto sottoscritto dalla società.

Condizioni contrattuali (o di polizza)

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla società.

Contratto (di assicurazione sulla vita)

Contratto con il quale la società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Controassicurazione dei premi

Clausola contrattuale che prevede la restituzione dei premi pagati in caso di decesso dell'Assicurato, secondo le modalità precisate nelle Condizioni di Assicurazione.

Costi (o spese)

Oneri a carico del contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla società.

Decorrenza della garanzia

Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Differimento (periodo di)

Nelle polizze che prevedono una prestazione liquidabile a scadenza, periodo che intercorre tra la conclusione del contratto e la liquidazione del capitale o della rendita.

Diritto proprio (del Beneficiario)

Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del contraente.

Durata del pagamento dei premi

Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal contratto stesso.

Età assicurativa

Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

Gestione separata (o speciale)

Fondo appositamente creato dalla società di assicurazione e gestito separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluiscono i premi al netto dei costi versati dai contraenti che hanno sottoscritto polizze rivalutabili. Dal rendimento ottenuto dalla gestione separata e dall'aliquota di retrocessione deriva la rivalutazione da attribuire alle prestazioni assicurate.

Imposta sostitutiva

Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

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 proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

IVASS (già ISVAP)

Istituto di vigilanza sulle assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. A partire dal 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduta all'ISVAP in tutti i poteri, le funzioni e le competenze.

KID (Key Information Document)

Documento precontrattuale contenente le informazioni chiave per i prodotti europei d'investimento e assicurativi preassemblati (packaged retail and insurance-based investment products - PRIIPs) rivolti alla clientela retail

Malattia

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

Massimale

Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro e per ciascun anno assicurativo, la società presta le garanzie.

Perfezionamento del contratto

Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.

Periodo di copertura (o di efficacia)

Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

Prescrizione

Estinzione del 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.

Proposta

Documento o modulo sottoscritto dal contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Proroga

Prolungamento del periodo di efficacia del contratto di assicurazione.

Questionario sanitario (o anamnestico)

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

Quietanza

Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla società (SDD bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

Riserva matematica

Importo che deve essere accantonato dalla società per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

Rivalutazione

Maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della gestione separata secondo la periodicità (annuale, mensile, ecc.) stabilita dalle Condizioni di Assicurazione.

Rivalutazione minima garantita

Garanzia finanziaria che consiste nel riconoscere una rivalutazione delle prestazioni assicurate ad ogni ricorrenza periodica stabilita dal contratto (annuale, mensile, ecc.) in base al tasso di interesse minimo garantito previsto dal contratto. Rappresenta la soglia al di sotto della quale non può scendere la misura di rivalutazione applicata alle prestazioni.

SEPA

SEPA è l'acronimo che identifica la Single Euro Payments Area (l'Area unica dei pagamenti in euro), ovvero un'area nella quale gli utilizzatori degli strumenti di pagamento - i cittadini, imprese, pubbliche amministrazioni e gli altri operatori economici - indipendentemente dalla loro residenza, possono effettuare e ricevere pagamenti in euro non in contanti sia all'interno dei confini nazionali che fra paesi diversi, alle stesse condizioni e con gli stessi diritti e obblighi. In termini numerici, la SEPA riguarda 32 paesi (tutti i paesi dell'Unione Europea più l'Islanda, la Norvegia, il Liechtenstein, la Svizzera e il Principato di Monaco) per un totale di 513 milioni di cittadini e circa 9.200 istituzioni finanziarie.

La SEPA è costituita da:

- strumenti di pagamento armonizzati (bonifici, addebiti diretti e carte di pagamento);
- infrastrutture europee per il trattamento dei pagamenti in euro;
- standard tecnici e prassi operative comuni;
- base giuridica armonizzata;
- nuovi servizi in continua evoluzione orientati alla clientela.

Set Informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composta da:

- KID;
- DIP Aggiuntivo;
- Condizioni di assicurazione comprensive del glossario;
- Proposta.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. VITCC70009 - Ed. 01/2019



REALE GROUP

T O G E T H E R M O R E

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) - Tel +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00774430151 - R.E.A. Milano N. 7851 - Capitale Sociale Euro 40.455.077,50 i.v. - Società con un unico socio: Società Reale Mutua di Assicurazioni - Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione ed appartenente al Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto al numero 006 dell'Albo dei gruppi assicurativi.