

Tutela Premium

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA IN FORMA TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

- Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei termini
- Modulo di Proposta

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

Tutela Premium

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

mod. VITCC70016 Ed. 03/2021

CONTATTI UTILI

	CONTATTO
SERVIZIO CLIENTI - BENVENUTI IN ITALIANA – lun-sab 8-20	800 101 313

AREA RISERVATA

Dopo la sottoscrizione, all'indirizzo **www.italiana.it** è possibile accedere all'Area Riservata al Contraente (c.d. home insurance), per consultare e gestire telematicamente il contratto (ad esempio: pagare il premio successivo al primo, chiedere un riscatto o la modifica dei propri dati personali).
È possibile accedere anche tramite l'app Italiana Mobile.
L'accesso è gratuito previa registrazione.

INTRODUZIONE

Tutela Premium è un contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale costante.
Il prodotto soddisfa il bisogno di tutela previdenziale e può essere sottoscritto con l'obiettivo di copertura dal rischio di morte.
È previsto il pagamento di un piano di premi annui costanti.

INDICE

GLOSSARIO 1

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 1


1. PRESTAZIONI 1


2. LIMITI DI COPERTURA 2


3. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO 3


4. QUANDO E COME DEVO PAGARE 7


5. DURATA DEL CONTRATTO 8


6. REVOCA E RECESSO DAL CONTRATTO 8


7. RISCATTO 8


8. COSTI 8


9. REGIME FISCALE 9


10. RECLAMI 10


11. CONFLITTI DI INTERESSE 11


12. COMUNICAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO 11


13. DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO 11


14. IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ 11


15. CESSIONE, PEGNO E VINCOLO 11


16. FORO COMPETENTE 12


17. GARANZIE COMPLEMENTARI E FACOLTATIVE 12

GLOSSARIO

I termini, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in corsivo.

APPENDICE
Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti concordati tra la società e il Contraente oppure intervenuti in seguito a variazioni della normativa di riferimento.

ASSICURATO
Persona fisica cui si fa riferimento per le prestazioni previste dal contratto, determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

BENEFICIARIO
Persona fisica o giuridica, designata dal Contraente, a cui sono erogate le prestazioni previste dal contratto.

BONIFICO SEPA
Il bonifico SEPA (SEPA Credit Transfer) è un bonifico in euro non urgente, che utilizza l'IBAN come codice identificativo unico del conto corrente di accredito. Può essere disposto a favore di creditori presenti in Italia, e tutti i paesi della SEPA.

CARENZA
Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci o hanno efficacia limitata. Se l'evento oggetto del contratto avviene in tale periodo, la società non corrisponde la prestazione assicurata o corrisponde una somma inferiore.

CARICAMENTI
Parte del premio versato dal contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della società.

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 DI ASSICURAZIONE (O DI POLIZZA)
Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

CESSIONE, PEGNO E VINCOLO
Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

CONTRAENTE
Persona fisica o giuridica, che sottoscrive 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.

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

DATA DI DECORRENZA
Data a partire dalla quale entrano in vigore le prestazioni previste dal contratto.

DETRAIBILITA' FISCALE (DEL PREMIO VERSATO)
Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

DIP AGGIUNTIVO VITA

Documento precontrattuale redatto secondo le disposizioni IVASS, contenente informazioni aggiuntive ed eccedenti rispetto al DIP Vita, in relazione alla complessità del prodotto.

DIP VITA

Documento precontrattuale redatto secondo le disposizioni IVASS che la società deve consegnare al potenziale Contraente e che contiene informazioni relative alla società e alle caratteristiche assicurative e finanziarie del contratto stesso.

DIRITTO PROPRIO (DEL BENEFICIARIO)

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

DURATA

L'intervallo di tempo tra la data di decorrenza del contratto e la data di scadenza.

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.

FRANCHIGIA

Clausola che esclude dal risarcimento i danni inferiori ad un determinato ammontare, indicato in cifra fissa o percentuale.

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.

INDENNIZZO

Somma dovuta dalla società in caso di sinistro.

INFORTUNIO

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

INTERMEDIARIO

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

IMPIGNORABILITA' E INSEQUESTRABILITA'

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

ITALIANA ASSICURAZIONI

La Compagnia Italiana di Previdenza, Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A. (definita in seguito Italiana Assicurazioni), iscritta al Registro Imprese Milano, Codice Fiscale N. 00774430151 e Partita IVA N.11998320011– R.E.A. Milano N. 7851. Società con 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 all'Albo dei gruppi assicurativi. Sede Legale e Direzione Generale: Via Traiano, 18 – 20149 MILANO ITALIA.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, succeduto all'ISVAP in tutti i poteri, le funzioni e le competenze, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle società di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

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.

MEDIAZIONE

Attività svolta da un soggetto terzo ed imparziale, finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa.

NON FUMATORE

È così definito l'Assicurato che non abbia mai fumato nel corso dei 12 mesi precedenti la data di sottoscrizione della Proposta di assicurazione e che non abbia intenzione di fumare in futuro.

PARTI

Il Contraente e Italiana Assicurazioni S.p.A.

PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Momento in cui viene effettuato il pagamento del premio.

PERIODO DI COPERTURA (O DI EFFICACIA)
Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
POLIZZA
Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto assicurativo.
PREMIO ANNUO
Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsti dal contratto la cui prestazione iniziale tiene già conto di tutti i premi del piano.
PREMIO UNICO
Importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica alla società al momento della conclusione del contratto.
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.
PRESTAZIONE ASSICURATA
Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la società garantisce ai Beneficiari al verificarsi degli eventi previsti dal contratto.
PROPOSTA (MODULO)
Documento o Modulo sottoscritto dal Contraente ed eventualmente dall'Assicurato che attesta la volontà di concludere il contratto con la società in base alle caratteristiche ed alle condizioni espresse nel Set informativo.
PROROGA
Prolungamento del periodo di efficacia del contratto di assicurazione.
QUESTIONARIO SANITARIO O AUTOCERTIFICAZIONE SANITARIA
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.
RECESSO (O RIPENSAMENTO)
Diritto del Contraente di sciogliersi dal vincolo contrattuale e farne conseguentemente cessare gli effetti, mediante dichiarazione unilaterale comunicata all'Impresa di Assicurazione.
REVOCA DELLA PROPOSTA
Diritto del Contraente di ritirare, prima della conclusione del contratto, la Proposta previamente sottoscritta.
RIATTIVAZIONE
Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.
RISERVA MATEMATICA
Importo che deve essere accantonato dalla società per far fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli Assicurati. La legge impone alla società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.
SCADENZA
Data in cui cessano gli effetti del contratto.
SCOPERTO
Parte dell'indennizzo, indicata in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
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

Insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale Socio-Assicurato, composto da:

- DIP Vita;
- DIP Aggiuntivo Vita;
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Modulo di Proposta.

SINISTRO

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

SOSTITUTO D'IMPOSTA

Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.

SOVRAPPREMIO

Maggiorazioni di premio richiesta dalla società nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizione di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

TASSO TECNICO

Rendimento finanziario, annuo e composto, che la società di assicurazione riconosce nel calcolare le prestazioni assicurate iniziali.

UBRIACHEZZA

Con tale termine, non si intende lo stato di "ebbrezza", previsto dal Codice della Strada (articolo 186, comma 2, punto 1) corrispondente alla presenza di un tasso alcolemico nel sangue superiore a 0,5 grammi per litro, ma si fa riferimento al concetto espresso dalla letteratura scientifica, cioè a un tasso di alcool nel sangue superiore, che provoca una vera e propria azione depressiva sui centri motori, perdita di autocontrollo e disturbi dell'equilibrio, con gravi ripercussioni sulle condizioni psico-fisiche dell'individuo.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. PRESTAZIONI

CASO MORTE

GARANZIA BASE

Al momento del decesso dell'*Assicurato*, nel corso della *durata* del contratto, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* liquiderà ai *Beneficiari* designati dal *Contraente* il capitale assicurato. Il capitale minimo assicurabile è pari a 250.000,00 euro.

In caso di sopravvivenza dell'*Assicurato* alla data di *scadenza* del contratto, nulla è dovuto e i premi pagati resteranno acquisiti da *Italiana Assicurazioni S.p.A.*

GARANZIE COMPLEMENTARI

- garanzia complementare *infortuni* facoltativa (INF): in caso di decesso dell'*Assicurato* durante il *periodo di copertura* della garanzia in seguito a *infortunio* derivante da qualsiasi causa ad eccezione di incidente stradale, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* garantisce, ai *Beneficiari* designati, il pagamento di un importo pari al capitale assicurato per la garanzia base. Nel caso l'*infortunio* mortale sia conseguente a incidente stradale, è previsto il pagamento di un importo pari al doppio del capitale assicurato per la garanzia base;
- garanzia complementare SalvaVita (DDIG – DDNI - DDEX): la garanzia è riservata ad *Assicurati* di età non superiore a 65 anni alla *scadenza* contrattuale ed età in ingresso dai 18 ai 60 anni e la *durata* contrattuale massima prevista è di 10 anni. La sottoscrizione della garanzia è possibile solo nel caso in cui la *durata* della garanzia base sia minore o uguale a 20 anni. Nel caso in cui all'*Assicurato*, prima della *scadenza* contrattuale, venisse diagnosticata una *malattia* grave *Italiana Assicurazioni S.p.A.* garantirà, ai *Beneficiari* designati, il pagamento del capitale assicurato esonerando il *Contraente* dal pagamento dei premi residui e, contemporaneamente, tutte le eventuali garanzie complementari si estingueranno. Alla sottoscrizione della *Proposta* è possibile chiedere l'estensione delle malattie gravi includendo la garanzia di invalidità totale e permanente intesa come la perdita totale e permanente dell'attività lavorativa proficua e remunerata. L'invalidità percentuale accertata dovrà essere di grado superiore al 65%;
- *prestazione* complementare compresa nel contratto: la sottoscrizione di "Tutela Premium" dà diritto ad un'ulteriore estensione di garanzia completamente gratuita denominata "Terminal Illness" ("*Malattia* Terminale"). In forza di questa garanzia, qualora all'*Assicurato* venga diagnosticata una grave *malattia* che comporti un'aspettativa di vita di 6 mesi o meno, la Società provvederà al pagamento immediato del capitale previsto dall'assicurazione temporanea di base. La *durata* di questa estensione di garanzia è pari a quella della temporanea di base stessa diminuita di 1 anno.

Le condizioni tariffarie e di conseguenza i premi sono differenziati in base allo stato di fumatore/*non fumatore* dell'*Assicurato*.

La presente assicurazione prevede la preventiva presentazione di alcuni accertamenti sanitari in rapporto all'entità del capitale assicurato.

È inoltre possibile accedere alla tariffa a condizioni particolarmente vantaggiose, qualora lo stile di vita dell'*Assicurato* rientri nei criteri sotto stabiliti. Allo scopo sono definite le seguenti due Classi "preferite" con le relative caratteristiche":

– Premium Basic: *Assicurato non fumatore* da almeno 5 anni (e non aver smesso su consiglio medico); Indice di Massa Corporea (IMC) e Pressione Arteriosa rientranti nelle fasce della tabella sotto riportata alle lettere A) e B);
– Premium Plus: *Assicurato non fumatore* da almeno 5 anni (e non aver smesso su consiglio medico); Indice di Massa Corporea (IMC), Pressione Arteriosa e rapporto Colesterolo Totale/HDL rientranti nelle fasce della tabella sotto riportata alle lettere A), B) e C).

Qui di seguito si riporta la tabella contenente i riferimenti per la determinazione dei criteri di accesso alle Classi preferenziali in precedenza descritte:

Criteri	Fascia di Età	Limiti
A) Indice di Massa Corporea (IMC) (1)	20-39 40+	20 - 24.99 20 - 26.99
B) Pressione arteriosa	20-39 40+	130/80 135/85
C) Rapporto colesterolo totale/HDL	Tutte	Maschi 5 Femmine 4.5

(1) Per "Indice di Massa Corporea" si intende qui il rapporto tra il peso, espresso in chilogrammi, e il quadrato dell'altezza, espressa in metri.

L'eventuale accesso alle Classi "preferite" richiede la compilazione di un apposito "*Questionario* sanitario *copertura* caso morte per rischi preferred" dal quale risultino - oltre che i valori richiesti dalla precedente tabella - anche lo stato di "*non fumatore*" e l'assenza di elementi di aggravamento del rischio sotto l'aspetto sanitario, sportivo e/o professionale.

La partecipazione alle Classi "preferite" consente in particolare di accedere a tabelle dei *tassi di premio* scontati, rispetto a quelli standard, nella misura massima - in funzione dell'età dell'*Assicurato* e della *durata* contrattuale - del 43%.

2. LIMITI DI COPERTURA

L'età dell'*Assicurato* alla *decorrenza* (età all'ingresso in assicurazione) del contratto deve essere almeno pari a 18 anni, e non superiore a 75 anni alla *scadenza*. L'*età assicurativa* dell'*Assicurato* è sempre calcolata arrotondando all'intero per eccesso, se l'intervallo tra la data di ricorrenza e la data di nascita è uguale o superiore a 6 mesi e 1 giorno.
L'*età assicurativa* si esprime in anni interi e corrisponde all'età compiuta, se alla *decorrenza* del contratto non sono trascorsi più di 6 mesi dall'ultimo compleanno, e all'età da compiere, se alla *decorrenza* sono trascorsi almeno 6 mesi dall'ultimo compleanno.

Il rischio morte è coperto senza limiti territoriali e qualunque possa esserne la causa.
Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve dare comunicazione scritta a *Italiana Assicurazioni S.p.A.* di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento alla pratica di attività sportive e professionali, diverse da quelle dichiarate al momento della sottoscrizione del contratto, considerate particolarmente pericolose per l'integrità fisica.

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso avvenuto:
- in uno qualunque dei paesi indicati come paese 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.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita del 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;

oppure 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 (salvo diversa pattuizione contrattuale);
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 6 mesi dall'eventuale *riattivazione* della garanzia;

- abuso continuativo di alcolici comprovato da documentazione sanitaria;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- la pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, speleologia, immersioni subacquee, automobilismo, motociclismo, motonautica, salti con sci o idrosci, sport aerei (ad esempio deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio);
- malattie o condizione patologiche pregresse precedenti la data di effetto delle garanzie sottaciute alla Società con dolo o colpa grave.

In questi casi la Società paga il solo importo della *riserva matematica* calcolato al momento del decesso.

3. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

3.1. CONCLUSIONE ED ENTRATA IN VIGORE DEL CONTRATTO

Il *Contraente* deve:

- compilare e firmare il Questionario di valutazione delle richieste ed esigenze del *Contraente*;
- compilare e firmare il Modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela, nei casi previsti dalla normativa in vigore;
- compilare e firmare il *Modulo di Proposta*, fornendo i propri dati anagrafici e quelli dell'*Assicurato* designando i *Beneficiari* e indicando l'ammontare del premio che vuole versare;
- prendere visione e sottoscrivere il Modulo relativo all'Informativa sulla Privacy (che dovrà essere firmato anche dall'*Assicurato*, se diverso dal *Contraente*);
- allegare i relativi referti (l'elenco degli esami richiesti è disponibile presso l'Agenzia);
- sottoscrivere il contratto;
- versare il premio.

Il contratto è concluso nel giorno in cui la *polizza* è sottoscritta dal *Contraente* e da *Italiana Assicurazioni S.p.A.*
La *decorrenza* del contratto coincide, in genere, con la data di sottoscrizione, ma può essere successiva a questa su richiesta del *Contraente*.
Il contratto entra in vigore, a condizione che sia stato pagato il primo premio, alle ore 24:00 del giorno di *decorrenza* previsto o del giorno di perfezionamento, se successivo, che coincide con la data di versamento del premio.

Il contratto può essere stipulato soltanto da 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 può essere emessa.

3.2. INOLTRO DELLE COMUNICAZIONI A ITALIANA ASSICURAZIONI

Comunicazioni di revoca e recesso

Le comunicazioni di *revoca* della *Proposta*, di *recesso*, di *cessione* dal contratto, di cambiamento dell'attività professionale svolta, di modifica delle abitudini di fumo, devono essere inviate dal *Contraente* alla sede di *Italiana Assicurazioni S.p.A.* a mezzo raccomandata A/R**.**

Comunicazioni in corso di contratto

Per l'inoltro delle richieste, di variazione della designazione dei *Beneficiari*, di comunicazione di decesso dell'*Assicurato*, il *Contraente* o i *Beneficiari* (nei casi di accettazione del beneficio o di decesso dell'*Assicurato* quando coincide con il *Contraente*) possono rivolgersi all'Agenzia competente; la data di riferimento è quella di presentazione della richiesta stessa. In alternativa, la comunicazione dovrà avvenire a mezzo raccomandata A/R alla sede di Italiana Assicurazioni S.p.A. e, in questo caso, la data cui far riferimento è quella del ricevimento della comunicazione da parte di Italiana Assicurazioni S.p.A.
In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione della *polizza*, gli aventi diritto devono darne tempestivamente comunicazione a *Italiana Assicurazioni S.p.A.* e possono ottenerne un duplicato.

Comunicazioni di variazione della residenza

Nel caso in cui il *Contraente*, nel corso della *durata* del contratto, trasferisca la propria residenza in qualunque altro Stato, è obbligato a comunicarlo a *Italiana Assicurazioni S.p.A.* a mezzo lettera entro 30 giorni dal trasferimento. Si ricorda che il trasferimento di residenza potrebbe comportare un ulteriore onere al *Contraente*, se previsto dall'Autorità dello Stato estero della nuova residenza. Qualora il *Contraente* ometta di comunicare tale variazione, la Società potrà richiedere allo stesso il pagamento di un importo pari a quello che *Italiana Assicurazioni S.p.A.* abbia eventualmente versato all'Autorità dello Stato estero.

Il *Contraente* si obbliga altresì a comunicare alla Società il trasferimento del proprio domicilio, se persona fisica, o della sede o stabilimento cui sono addette le persone assicurate, se persona giuridica, in Stato diverso da quello indicato al momento della stipula della *polizza*.

3.3. DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER I PAGAMENTI

Verificatosi il decesso dell'*Assicurato*, affinché *Italiana Assicurazioni S.p.A.* possa procedere al pagamento, dovranno essere consegnati i documenti necessari a:

- verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento;
- individuare con esattezza gli aventi diritto.

Documentazione richiesta per ogni evento di liquidazione

Eventi di liquidazione	Riscatto totale	Riscatto parziale	Pagamento capitale a scadenza	Pagamento rendita a scadenza	Decesso Assicurato	Decesso Contraente	Sinistro sulle garanzie complementari
Richiesta sottoscritta dal Contraente	▪	▪	▪	▪			
Dichiarazione attestante la data effetto dell'ultima quietanza pagata	▪	▪	▪	▪	▪		▪
Coordinate bancarie di un c/c intestato o cointestato ai singoli Beneficiari in caso di pagamento della somma assicurata tramite bonifico bancario			▪	▪	▪		▪
Coordinate bancarie di un c/c intestato o cointestato al Contraente in caso di pagamento tramite bonifico bancario	▪	▪					
Dati anagrafici/fiscali dei Beneficiari, qualora diversi da Contraente e Assicurato			▪	▪	▪		
Richiesta di opzione alla scadenza sottoscritta dal Contraente: ▪ opzione rendita con descrizione della tipologia della rendita scelta ▪ opzione capitale			▪	▪			
Copia di un documento di riconoscimento 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 attivo sulla polizza	▪	▪					
Denuncia di sinistro, con descrizione dettagliata della malattia o della dinamica dell'infortunio							▪
Comunicazione di avvenuto decesso					▪	▪	
Certificato di morte					▪	▪	
Documentazione sanitaria relativa all'infortunio/malattia/causa del sinistro: ▪ 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							
Dichiarazione del medico curante attestante lo stato di non fumatore, nel caso di TCM non fumatori							
Visita medico legale, in caso di richiesta di indennizzo per invalidità permanente o totale							▪
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)					▪	▪	

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

- tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a: Italiana Assicurazioni S.p.A. - 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, la Società potrà subordinare il pagamento del capitale richiesto all'esame di ulteriore documentazione che verrà di volta in volta specificata.

Nel caso di contratti gravati da *vincoli* o *pegni*, è indispensabile il consenso del *vincolatario* o del creditore pignoratizio.
Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* mette a disposizione la somma dovuta entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, comprensiva di quella necessaria all'individuazione di tutti i *Beneficiari*.
Decorso tale termine e, a partire dal medesimo, sono dovuti gli interessi moratori a favore dei *Beneficiari*.
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 la sede della Compagnia (Via Traiano, 18 – 20149 Milano – Italia) o la competente Agenzia di *Italiana Assicurazioni S.p.A.*
Si precisa che, ai sensi dell'articolo 2952 del c.c., i diritti nascenti dal presente *contratto di assicurazione* si prescrivono nel termine di dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nel caso in cui l'avente diritto non provveda entro tale termine alla richiesta di pagamento, troverà applicazione la normativa di cui alla legge sui "Rapporti dormienti" n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modifiche e integrazioni, con devoluzione delle somme al Fondo previsto dalla stessa.

3.4. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI

Le dichiarazioni rese dal *Contraente* e dagli *Assicurati* devono essere esatte e complete; dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle *prestazioni*, nonché la cessazione del rapporto contrattuale ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del c.c.
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.

3.5. DESIGNAZIONE BENEFICIARI E REFERENTE TERZO

Il *Contraente* designa i *Beneficiari* e può, in qualsiasi momento, revocarli o modificarli rivolgendosi all'Agenzia competente o tramite raccomandata a *Italiana Assicurazioni S.p.A.* o per testamento. La Società procederà ad annotare in *polizza* o su un documento di variazione le relative designazioni, *revoche* o modifiche.
La designazione dei *Beneficiari* non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dagli eredi, dopo la morte del *Contraente*;
- dopo che, verificatosi l'evento assicurato, i *Beneficiari* abbiano dichiarato, tramite raccomandata a *Italiana Assicurazioni S.p.A.,* di volersi avvalere del beneficio;
- dopo che il *Contraente* e i *Beneficiari* abbiano dichiarato, tramite raccomandata a *Italiana Assicurazioni S.p.A.*, rispettivamente, la rinuncia al potere di *revoca* e l'accettazione del beneficio (clausola di beneficio accettato).

In questi casi, le operazioni di *pegno* o *vincolo* richiedono l'assenso scritto dei *Beneficiari*.

Inoltre, il *Contraente* ha la facoltà di nominare un Referente Terzo a cui *Italiana Assicurazioni S.p.A.* potrà fare riferimento in caso di decesso dell'*Assicurato*.

4. QUANDO E COME DEVO PAGARE

4.1 PAGAMENTO DEI PREMI

Il premio è calcolato in base alle garanzie prestate (e, in particolare, alla scelta delle garanzie complementari), alla loro *durata* e ammontare del capitale assicurato, all'età dell'*Assicurato*, al suo stato di salute, alla sua eventuale abitudine al fumo e alle sue attività sportive e professionali. In base allo stato di salute dell'*Assicurato,* alle sue attività professionali e sportive svolte, potrebbe essere necessaria l'applicazione di un *sovrappremio*, dovuto all'aggravamento del rischio assuntivo, oppure le garanzie potrebbero non essere prestate.
Il contratto prevede il pagamento di un piano di *premi annui* costanti, dovuti in forma anticipata e per il numero di *anni* indicati nel Modulo di *Proposta*, e comunque non oltre il decesso dell'*Assicurato*.
Il premio può anche essere corrisposto a rate con frazionamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale o mensile.
Il primo premio deve essere versato dal *Contraente* alla data di sottoscrizione della *Proposta* o del contratto e gli altri alle successive ricorrenze in base alla periodicità di versamento scelta.

Il *premio annuo* lordo relativo al primo anno deve essere pari ad almeno 96,00 euro.
Nel caso di premio frazionato le rate del primo anno sono comunque tutte dovute (articolo 1924 del c.c.).

Il versamento dei *premi*, che deve avvenire con mezzi diversi dal denaro contante, potrà essere effettuato con:

- direttamente all'*Intermediario* (nei limiti degli importi indicati in *Proposta*) con:
  - assegno bancario, postale o circolare con clausola di non trasferibilità intestato a *Italiana Assicurazioni S.p.A.*;
  - bonifico *Sepa* intestato a *Italiana Assicurazioni S.p.A*;
  - 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 POLIZZA / NOME e COGNOME CONTRAENTE;
  - assegno bancario, postale o circolare, intestato a *Italiana Assicurazioni S.p.A*, con clausola di non trasferibilità.

Attenzione: non è possibile effettuare pagamenti con mezzi diversi da quelli sopra indicati**.**
Non sono consentiti prestiti.

Le rate di premio debbono essere pagate alle *scadenze* pattuite, contro *quietanza* emessa dalla Direzione Generale. Si precisa che, nel caso in cui il *Contraente* non effettui il pagamento entro 30 giorni dalla *decorrenza* del contratto o dalle successive ricorrenze previste per il pagamento dei premi successivi al primo, è prevista la risoluzione di diritto del contratto.
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.

4.2 SOSPENSIONE E RIPRESA DEI PAGAMENTI DEI PREMI

Il *Contraente* ha la facoltà di sospendere, in qualsiasi momento, il pagamento dei premi.
Il mancato pagamento anche di un solo premio determina, trascorsi 30 giorni dalla *scadenza* della rata, la risoluzione del contratto e i premi pagati restano acquisiti da *Italiana Assicurazioni S.p.A.*
Negli ulteriori 5 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 al tasso legale, in base al periodo intercorso tra la relativa data di *scadenza* e quella di *riattivazione*.
Entro 1 anno dalla *scadenza* della prima rata di premio non pagata, la *riattivazione* può avvenire solo previa espressa domanda del *Contraente* e accettazione scritta di *Italiana Assicurazioni S.p.A.*, che può richiedere nuovamente l'effettuazione di accertamenti sanitari e decidere circa la *riattivazione* tenendo conto del loro esito.

A seguito di *riattivazione*, l'assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore dal momento in cui il *Contraente*:
1. sottoscrive la relativa *appendice* di *riattivazione*;
2. paga l'importo complessivo dei premi arretrati e degli interessi.

5. DURATA DEL CONTRATTO

Il *Contraente*, in relazione agli obiettivi perseguiti, sceglie la *durata* che può variare da un minimo di 1 ad un massimo di 25 anni.

6. REVOCA E RECESSO DAL CONTRATTO

Prima della *conclusione* del contratto, il *Contraente* può revocare la *Proposta*, inviando una raccomandata A/R a *Italiana Assicurazioni S.p.A.* all'indirizzo:
Italiana Assicurazioni S.p.A
Via Marco Ulpio Traiano, 18,
20149 Milano.
In tal caso, verrà rimborsato, entro 30 giorni dalla *revoca* stessa, l'intero ammontare del premio eventualmente versato.

Il *Contraente* può recedere entro 30 giorni dalla *data di decorrenza* del contratto, inviando una raccomandata a *Italiana Assicurazioni S.p.A.* all'indirizzo:
Italiana Assicurazioni S.p.A
Via Marco Ulpio Traiano, 18,
20149 Milano.
Il *recesso* decorre dalla data di comunicazione quale risulta dal timbro postale di invio e ha l'effetto di liberare entrambe le *parti* da qualsiasi obbligazione. Entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, *Italiana Assicurazioni S.p.A* rimborsa al *Contraente* il premio da questi corrisposto al netto della parte relativa al rischio assicurato per il periodo in cui il contratto ha avuto effetto, del caricamento per *spese* di emissione del contratto effettivamente sostenute, del caricamento per gli eventuali accertamenti sanitari e della parte di premio relativa alle eventuali garanzie complementari per il periodo in cui esse hanno avuto effetto.

7. RISCATTO

Le assicurazioni temporanee in caso di morte non prevedono il diritto di riscatto né di riduzione della *prestazione* e, pertanto, il mancato pagamento del premio determina la risoluzione del contratto e i premi versati restano acquisiti da *Italiana Assicurazioni S.p.A.*

8. COSTI

Di seguito vengono elencati i *costi* prelevati dai premi versati:

Caricamento per *spese* di emissione del contratto	10,00 euro
Caricamento per *spese* di emissione per premi successivi	1,00 euro
Caricamento proporzionale al premio	17,00% del premio netto
Caricamento per *spese* di frazionamento da applicare al premio	1,50% per frazionamento semestrale; 2,00% per frazionamento quadrimestrale; 2,50% per frazionamento trimestrale; 3,00% per frazionamento mensile.

Il premio netto si ottiene sottraendo dal premio versato il caricamento per *spese* di emissione e l'eventuale caricamento per *spese* di frazionamento.

Costi per accertamenti sanitari
Per l'*Assicurato* che si sottoporrà agli accertamenti sanitari richiesti da *Italiana Assicurazioni S.p.A*, la Compagnia erogherà un contributo pari alle *spese* effettivamente sostenute, con un massimo variabile in funzione dell'età e del capitale assicurato, secondo la seguente tabella:

	Età	
Capitale assicurato	da 18 a 60 anni	Oltre i 60 anni
da 250.000,01 a 500.000,00	100,00 euro	100,00 euro
da 500.000,01 a 1.000.000,00	100,00 euro	200,00 euro
oltre 1.000.000,01	200,00 euro	200,00 euro

Le eventuali eccedenze a suddetto importo sono a carico dell'*Assicurato*.

9. REGIME FISCALE

In vigore alla redazione delle presenti *Condizioni di Assicurazione*.

A) Regime fiscale dei premi

Benefici fiscali
La parte di premio destinata alla *copertura* del rischio morte o di invalidità permanente non inferiore al 5,00%, è detraibile dall'imposta dovuta dal *Contraente* ai fini Irpef come da normativa vigente (art.15, c. 1, lett. f), del D.p.r. 917/1986).
Tale detrazione è riconosciuta al *Contraente* qualora l'*Assicurato* sia il *Contraente* stesso oppure un familiare fiscalmente a carico.

Imposta sui premi
Non è prevista l'applicazione di alcuna imposta sui premi, qualora il *Contraente* sia residente in Italia. Il regime fiscale può variare in funzione dello spostamento della residenza del *Contraente* presso un altro Paese dell'Unione Europea. Eventuali spostamenti della residenza presso altri Paesi dell'Unione Europea devono essere prontamente comunicati per iscritto alla Compagnia. In caso di omissione della comunicazione di cui sopra, la Compagnia potrà rivalersi sul *Contraente* per gli eventuali danni che ne dovessero derivare.
I premi corrisposti per le assicurazioni complementari *infortuni* sono soggetti ad un'imposta del 2,5%.

B) Regime fiscale delle prestazioni
Le somme corrisposte da *Italiana Assicurazioni S.p.A.* in dipendenza di contratti assicurativi, se corrisposte in caso di morte o di invalidità permanente dell'*Assicurato*, sono esenti da IRPEF (articolo 34 del D.P.R. 29/9/1973 n. 601).

C) Oneri fiscali
Gli oneri fiscali di legge relativi al contratto sono a carico del *Contraente* o dei *Beneficiari*.
Gli importi relativi a tutte le liquidazioni si intendono al lordo degli oneri fiscali, ove previsti.

10. 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: benvenutinitaliana@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;

corredando 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.ivass.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 S.p.A.* mette a disposizione un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'*Assicurato*" con sede in via dell'Arcivescovado 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 S.p.A.*, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.
Il ricorso deve essere proposto per iscritto inviando una e-mail 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 sul sito 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.

Informiamo che su www.italiana.it. è disponibile un'Area Riservata che permetterà di consultare la propria posizione assicurativa (come previsto dall'art. 42 del Regolamento *IVASS* n. 41 del 2 agosto 2018) e di usufruire di altre utili funzionalità. L'accesso è consentito gratuitamente seguendo le semplici istruzioni di registrazione presenti sul sito.

11. CONFLITTI DI INTERESSE

La Società dispone di procedure operative atte a individuare e a gestire le situazioni di conflitti di interesse originate da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di Società del Gruppo. Tramite le funzioni preposte, effettua un'attività di monitoraggio sulla presenza di situazioni e/o operazioni in conflitto di interesse.
In particolare, la Società ha predisposto che vengano mappate dette tipologie di conflitto di interesse in relazione sia all'offerta dei prodotti alla clientela sia all'esecuzione dei contratti con riferimento alla gestione finanziaria degli attivi a cui sono legate le *prestazioni*.
Qualora non sia possibile evitare situazioni in cui la Società abbia in via diretta o indiretta un conflitto di interesse, la Società ha previsto l'adozione di idonee misure organizzative volte a evitare e, se non possibile, a limitare tali conflitti operando in ogni caso in modo da non recare pregiudizio ai *Contraenti* e nell'ottica di ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

12. COMUNICAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO

La Società si impegna a trasmettere, entro 60 giorni dalla chiusura dell'anno solare, una comunicazione relativa alla posizione assicurativa, con l'indicazione dell'ammontare del capitale assicurato e il nominativo dei Beneficiari.
La Società si impegna a segnalare al *Contraente* le eventuali variazioni delle informazioni intervenute anche per effetto di modifiche di modifiche alla normativa successive alla *conclusione del contratto*.

13. DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

Ai sensi dell'articolo 1920 del c.c., il *Beneficiario* di un *contratto di assicurazione* sulla vita acquisisce, per effetto della designazione fatta a suo favore dal *Contraente*, un *diritto proprio* ai vantaggi del contratto. Questo significa, in particolare, che le prestazioni corrisposte a seguito di decesso dell'*Assicurato* non rientrano nell'asse ereditario e non sono soggette all'imposta di successione.

14. IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ

Ai sensi dell'articolo 1923 del c.c. le somme dovute da *Italiana Assicurazioni S.p.A.* in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare e quindi non sono pignorabili né sequestrabili.

15. CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

Il *Contraente* può cedere ad altri il contratto, nonché vincolarlo o darlo in *pegno*. Tali atti diventano efficaci solo quando *Italiana Assicurazioni S.p.A.*, a seguito di comunicazione scritta del *Contraente*, ne abbia fatto annotazione su apposita *appendice* di polizza. In caso di *pegno* o vincolo, le operazioni di recesso, riscatto e prestito (ove previsto) e in generale le operazioni di liquidazione, richiedono l'assenso scritto del creditore titolare del *pegno* o del *vincolatario*.

16. FORO COMPETENTE

Il foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza-domicilio del consumatore (*Contraente*, *Beneficiari*, loro aventi diritto).

17. GARANZIE COMPLEMENTARI E FACOLTATIVE

17.1. CONDIZIONI DI ACCESSO ALLE TARIFFE

17.1.1. Definizione di Assicurato "non fumatore"

Ai fini del presente contratto si intende *non fumatore* l'*Assicurato* che non ha mai fumato (sigarette, sigari e/o pipa) negli ultimi 5 anni, neanche sporadicamente e che non ha smesso di fumare dietro consiglio medico. Tale definizione determina lo stato tabagico iniziale dell'*Assicurato*.

17.1.2. Perdita dello stato di non fumatore

Nel caso di modifica dello stato tabagico dell'*Assicurato*, intervenuta nel corso della durata del contratto, il *Contraente* e l'*Assicurato* sono tenuti a darne informazione alla Società a mezzo lettera raccomandata. La Società, ricevuta la comunicazione del fatto che l'*Assicurato* ha iniziato, o ricominciato, a fumare provvederà a ricalcolare il *premio annuo* dovuto per *Assicurati* fumatori determinato in base all'età e alla *durata* fissate alla *decorrenza* del contratto.
La Società prenderà atto di tale passaggio di stato mediante *appendice* indicando il nuovo premio che sarà dovuto a partire dalla rata successiva alla comunicazione.

17.1.3. Verifica dello stato di non fumatore in caso di morte dell'Assicurato

Fermo restando l'obbligo di comunicare la perdita dello stato di *non fumatore*, di cui al precedente art. 16.1.2., in caso di decesso dell'*Assicurato* nel corso della durata contrattuale, la Società si riserva il pieno diritto di procedere alla verifica dell'effettiva permanenza dello stato di *non fumatore* dell'*Assicurato*. A tal fine i *Beneficiari*, per poter ricevere il capitale assicurato, sono tenuti a fornire ogni dichiarazione e certificazione richiesta (rilasciata dal medico curante, da altre persone, da ospedali, case di cura, gabinetti di analisi e istituti in genere, in grado di fornire notizie sul comportamento dell'*Assicurato* relativamente al fumo). Il riscontro di un diverso comportamento rispetto all'abitudine di fumare dell'*Assicurato* può comportare la perdita totale o parziale del diritto alle *prestazioni* assicurate nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

17.2. GARANZIA COMPLEMENTARE INFORTUNI

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 articolo 16.2.2, la Società si impegna a liquidare ai *Beneficiari* designati in *polizza* un capitale addizionale pari al capitale assicurato con la garanzia base del contratto con un limite massimo di euro 300.000,00.

17.2.1. Raddoppio del capitale - Condizioni

Il capitale garantito è raddoppiato - con un limite massimo di euro 600.000,00 - 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.

17.2.2. Definizione di infortunio

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili e sia causa diretta ed esclusiva della 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.

17.2.3. 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 paese 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.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita del 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 dall'*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 idroscì, sci acrobatico, bobslegh (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 particene atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

17.2.4. 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.

17.2.5. Pagamento del capitale assicurato

Nel caso in cui si verifichi il decesso dell'*Assicurato* a seguito di *infortunio*, i *Beneficiari* devono segnalarlo a *Italiana Assicurazioni S.p.A.* inviando una raccomandata con avviso di ricevimento**,** entro gli otto giorni successivi alla morte o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, indicando il luogo, il giorno e l'ora dell'evento, la descrizione della dinamica e delle cause che lo determinarono e la prova che il decesso è conseguenza dell'*infortunio* stesso.

Oltre alla documentazione prevista al precedente articolo 3.3., i *Beneficiari* devono produrre la cartella clinica dell'eventuale ricovero in istituto di cura, oltre ad autorizzare i medici, intervenuti dopo l'*infortunio*, a fornire le informazioni che fossero richieste.

17.2.6. Rinuncia al diritto di rivalsa

Italiana Assicurazioni S.p.A. rinuncia a favore dell'*Assicurato* e dei suoi aventi diritto, al diritto di rivalsa che le compete, ai sensi dell'articolo 1916 del c.c., verso i terzi responsabili degli *infortuni* indennizzati.

17.2.7. 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*.

17.2.8. Costo della garanzia base

Il costo della presente assicurazione complementare, costante per tutta la *durata* contrattuale, è pari al 2 per mille, imposte incluse, del capitale assicurato con la garanzia base di *polizza*.

17.2.9. Collegio arbitrale

In caso di divergenza sulla possibilità di indennizzare il *sinistro*, si potrà procedere, su accordo delle *parti*, mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti di tale Collegio saranno designati dalle *parti* stesse e il terzo, in caso d'accordo, dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico è costituito nel comune, più vicino alla residenza dell'*Assicurato*, che sia sede di istituto universitario di Medicina legale e delle Assicurazioni. Ciascuna delle *parti* sostiene le proprie *spese* e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle *spese* e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese, senza formalità senza formalità di legge, a maggioranza di voti e sono vincolanti per le *parti*, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

17.3. GARANZIA COMPLEMENTARE SALVAVITA PER MALATTIA GRAVE

17.3.1. 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 articolo, 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.

17.3.2. 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 (TI a 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 sensomotoria.
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.

17.3.3. - Condizioni di assicurabilità
La stipulazione della *polizza* è subordinata all'esito positivo della visita medica e dell'opportuna documentazione sanitaria prevista, che deve essere comprensiva di analisi microscopica delle urine eseguita in laboratorio, cui l'*Assicurato* deve sottoporsi con onere a suo carico.
Il capitale massimo assicurabile è pari a euro 220.000,00, fermo restando gli ulteriori limiti previsti per talune fasce di età.
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 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 paese 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.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita del 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;

oppure 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'*Assicurato*;
- 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 articolo - 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.

17.3.4. 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 tuttavia 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*.

17.3.5. - Prestazioni assicurate

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*.

17.3.6. - 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, il 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.

17.3.7. - 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.

17.3.8 – Collegio arbitrale

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.

17.3.9. - Richiamo alle condizioni della Garanzia base

Alla presente garanzia si applicano, per quanto qui non regolato, le disposizioni della *polizza* base.

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, 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 sempreché 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 paese 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.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita del 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;

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'*Assicurato*; 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 paranoidi, le forme maniaco-depressive 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 idroscì, sci o idroscì acrobatico, bob;
- partecipazione dell'*Assicurato* in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

17.4. CONDIZIONI DELL'ASSICURAZIONE "TERMINAL ILLNESS"

Complementare all'assicurazione temporanea per il caso di morte a premio annuo costane

17.4.1 - 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 S.p.A.*, 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* indicata all'art. 16.1.3.

17.4.2 - COSTO DELL'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE" TERMINAL ILLNESS"

Nessun costo aggiuntivo è previsto per la presente assicurazione complementare.

17.4.3 - DURATA E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La *durata* dell'assicurazione "Terminal Illness" è uguale alla *durata* dell'assicurazione temporanea per il caso di morte di base, 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 C*ondizioni di Assicurazione* della *polizza* base.

17.4.4 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Le esclusioni e le limitazioni della presente assicurazione sono quelle medesime previste nelle *Condizioni di Assicurazione* della *polizza* base.

17.4.5 - 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 S.p.A.* 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 della Società, 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 S.p.A.*, infine, si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi di *malattia* terminale con propri medici di fiducia.

17.4.6 - RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI MALATTIA TERMINALE E PAGAMENTO DEL CAPITALE ASSICURATO

Accertato lo stato di *malattia* terminale, 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 di base, e le eventuali altre assicurazioni complementari, si estingueranno una volta eseguito il pagamento della presente assicurazione complementare.
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 altre assicurazioni complementari per la *durata* prevista.

17.4.7 - 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*.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. REGISTRO 2° ATTI PRIVATI E DEMANIO MILANO SEDE DI MILANO

Mod. VITCC70016

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

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 - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutinitaliana@italiana.it - Capitale sociale € 57.626.357,25 i.v. - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale 00774430151, Partita IVA n. 11998320011 - R.E.A. Milano n. 7851 Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al n. 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione e appartenente a Reale Group, iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.