



# Tutela Premio Annuo

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA IN FORMA TEMPORANEA IN 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**



# Tutela Premio Annuo

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE  
mod. VITCC70011 Ed. 05/2023

## 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](http://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 Premio Annuo** è un contratto di assicurazione sulla vita in forma temporanea per il caso di morte a premio annuo costante.

Il prodotto soddisfa il bisogno di tutela previdenziale e può essere sottoscritto con l'obiettivo di copertura dal rischio di morte.

A fronte delle garanzie previste dalla presente forma assicurativa, è dovuto un premio annuo anticipato, di importo costante, per un numero di anni che dipende dalla particolare tariffa sottoscritta.

# INDICE

GLOSSARIO .....	1
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE .....	1
 1. COSA È ASSICURATO? QUALI SONO LE PRESTAZIONI? .....	1
 2. CI SONO LIMITI DI COPERTURA? .....	2
 3. CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA? .....	3
 4. QUANDO E COME DEVO PAGARE? .....	6
 5. QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE? .....	8
 6. COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO? .....	8
 7. SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? .....	9
 8. QUALI COSTI DEVO SOSTENERE? .....	9
 9. REGIME FISCALE .....	10
 10. COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE? .....	10
 11. CONFLITTI DI INTERESSE .....	11
 12. COMUNICAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO .....	12
 13. DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO .....	12
 14. IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ .....	12
 15. CESSIONE, PEGNO E VINCOLO .....	12
 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.

## **ANNO ASSICURATIVO**

Periodo che intercorre tra due ricorrenze anniversarie della decorrenza contrattuale.

## **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.

## **CAPITALE ASSICURATO**

Somma dovuta al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato.

## **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**

Costi prelevati dal premio destinati a coprire le spese commerciali e amministrative della società.

## **CARTELLA CLINICA**

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

## **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.

## **COMUNICAZIONE ANNUALE**

Comunicazione scritta, inviata dalla Società ai Contraenti entro 60 giorni dalla ricorrenza anniversaria del contratto, relativa alla posizione assicurativa, con l'indicazione dell'ammontare del capitale assicurato, di eventuali premi in scadenza o in arretrato e il nominativo dei Beneficiari o dei vincolatari del contratto.

## **CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**

Evento che sancisce l'avvenuto accordo tra le parti. Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente è a conoscenza dell'accettazione della Proposta da parte di Italiana Assicurazioni.

## **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Insieme degli articoli che disciplinano il contratto di assicurazione.

## **CONFLITTI DI INTERESSE**

Insieme di tutte quelle situazioni nelle quali l'interesse della società può risultare in contrasto con quello del Contraente.

## **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 di assicurazione con il quale la società si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso, l'invalidità permanente o la sopravvivenza a una certa data. Nell'ambito dei contratti di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali caso vita, caso morte, miste, vita intera, capitale differito, rendita immediata o differita.

**COPERTURA**

Garanzia di ricevere una prestazione al verificarsi di determinati eventi a fronte di un rischio.

**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.

**DETRAIBILITÀ 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.

**DREAD DISEASE**

Grave patologia diagnosticata all'Assicurato ricompresa nell'elenco riportato nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

**DURATA**

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

**ESCLUSIONI**

Situazioni per le quali non sono previste le prestazioni contrattuali.

**ETÀ ASSICURATIVA**

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.

**FORO COMPETENTE**

Autorità giudiziaria competente per la risoluzione di eventuali controversie.

**GARANZIA COMPLEMENTARE**

Garanzia abbinata obbligatoriamente o facoltativamente alla garanzia principale, come ad esempio la garanzia complementare infortuni o la garanzia esonero pagamento premi in caso d'invalidità permanente.

**GARANZIA PRINCIPALE**

Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la società s'impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario; ad essa possono essere abbinata altre garanzie che, di conseguenza, vengono definite complementari o accessorie.

**INFORTUNIO**

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

**IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTABILITÀ**

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.

**INTERMEDIARIO**

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

**INVALIDITÀ PERMANENTE**

Perdita definitiva e irrimediabile, totale o parziale, della capacità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa proficua.

**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.

**LIQUIDAZIONE**

Pagamento ai Beneficiari della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento relativo alla prestazione stessa.

**MALATTIA**

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

**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.

**PARTI**

Il Contraente e Italiana Assicurazioni S.p.A.

**PERIODO DI QUALIFICAZIONE**

Periodo di tempo considerato dalla prima diagnosi della grave patologia entro il quale viene escluso il pagamento della prestazione in caso di morte dell'Assicurato.

**POLIZZA**

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto assicurativo.

**PREMIO (PREMIO COMPLESSIVO O PREMIO LORDO)**

Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal 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 NETTO**

Importo corrisposto dal Contraente al netto del caricamento per spese di emissione.

**PREMIO PURO**

Importo che rappresenta il corrispettivo per le prestazioni assicurate al netto di tutti i costi applicati dalla società.

**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 assicurativi si prescrivono nel termine di dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

**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.

**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 o postale, in caso di accredito alla società tramite SDD, ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento tramite 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.

## **RICORRENZA ANNUALE (O ANNIVERSARIA)**

Ogni singolo anniversario della data di decorrenza del contratto assicurativo.

## **RIDUZIONE**

Diminuzione della prestazione inizialmente assicurata conseguentemente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere il pagamento dei premi, determinata tenendo conto dei premi effettivamente pagati.

## **RISCATTO**

Diritto del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione della prestazione risultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni di Assicurazione.

## **RISCHIO DEMOGRAFICO**

Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita; infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita umana dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della società ad erogare la prestazione assicurata.

## **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.

## **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;
- 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.

**SOCIETÀ O IMPRESA O COMPAGNIA (DI ASSICURAZIONE)**

Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di assicurazione, con la quale il Contraente sottoscrive il contratto assicurativo.

**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 DI PREMIO**

Importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione, non considerando le eventuali imposte, il caricamento per spese di emissione o il frazionamento.

**TASSO TECNICO**

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

**TERMINAL ILLNESS**

Malattia terminale diagnosticata all'Assicurato che comporti un'aspettativa di vita dello stesso al massimo di sei mesi.

**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, ossia ad 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.

**VINCOLATARIO**

Il soggetto (ente creditizio) a favore del quale sono vincolate prestazione del contratto.

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

## 1. COSA È ASSICURATO? QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

---

### CASO MORTE

In caso di morte dell'*Assicurato* prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce il pagamento immediato del capitale assicurato ai *Beneficiari* designati in polizza. Il capitale assicurabile minimo è 26.000,00 euro ed il capitale massimo deve essere inferiore a 400.000,00 euro.

In caso di sopravvivenza dell'*Assicurato* alla data di scadenza della *polizza*, questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti alla Società.

TARIFFA ITA15Z:

Tariffa a capitale costante per tutta la *durata* contrattuale. Il capitale assicurato è pari a quello inizialmente sottoscritto.

Con riferimento al prodotto ITA15Z a capitale costante sono previste le seguenti garanzie complementari:

- **Garanzia complementare Terminal Illness compresa nella garanzia base**

Nel caso in cui, durante il periodo di copertura della garanzia, all'*Assicurato* venga diagnosticata una *malattia terminale* che comporti un'aspettativa di vita al massimo di 6 mesi, la *Società* garantisce all'*Assicurato* il pagamento immediato del capitale previsto per la garanzia base, in vigore al momento del riconoscimento dello stato di *malattia terminale*.

La durata di questa estensione di garanzia è pari a quella della temporanea di base stessa diminuita di 1 anno.

L'assicurazione prevista dalla garanzia base per il caso di morte, e le eventuali altre garanzie complementari, si estingueranno una volta accertato lo stato di malattia terminale.

- **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 facoltativa (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. Il capitale massimo assicurabile è pari ad Euro 220.000,00. 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%.

Patologie coperte dalla garanzia:

- Cancro
- Chirurgia cardiovascolare
- Infarto miocardico
- Ictus
- Insufficienza renale
- Trapianto di organi principali
- Cecità
- Sclerosi multipla

TARIFFA ITA12Z

Il *Contraente* può scegliere, all'atto della sottoscrizione della *Proposta*, la frequenza con la quale l'importo del capitale assicurato decrescerà nel corso della *durata* contrattuale. Tale frequenza può essere: annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale o mensile.

Il capitale assicurato decrescerà, con la frequenza prescelta, di un importo costante pari al rapporto tra il capitale iniziale ed il prodotto della *durata* contrattuale per le rate annuali di decrescenza.

Il capitale liquidabile in caso di decesso dell'*Assicurato* è pertanto pari al capitale iniziale, diminuito dell'importo che si ottiene:

- moltiplicando la *durata* contrattuale per il numero delle rate annali di decrescenza;
- dividendo il capitale iniziale per il numero totale di rate così individuato;

moltiplicando l'importo così ottenuto per il numero complessivo di periodi di decrescenza interamente trascorsi dalla *data di decorrenza* della *polizza* alla data dell'evento.

## 2. CI SONO LIMITI DI COPERTURA?



L'età dell'*Assicurato* alla *decorrenza* (età all'ingresso in assicurazione) del contratto non può superare i 70 anni, quella a scadenza non può comunque superare i 75 anni.

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 *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.

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](http://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 dovuto a:

- 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 12 mesi dall'eventuale *riattivazione* della garanzia.
- 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.

La presente 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 conclusione del contratto.

### 2.1. CARENZA

La presente assicurazione 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 conclusione* della *polizza*, ossia dalla data di pagamento del premio.

### 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'*Assicurando* mediante visita medica;
- l'*Assicurando* si sia limitato alla compilazione di un questionario anamnestico ed il presente contratto sia stato pertanto assunto senza visita medica;
- siano esplicitamente richiamate nel documento di conferma contrattuale rilasciato dalla Società successivamente alla *conclusione* del contratto.

### 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 dalla conclusione del contratto 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 dalla *conclusione* 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, vaiolo, 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 restando quanto sopra indicato con riferimento alle limitazioni della garanzia per il caso morte) 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) dalla *conclusione* del contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

## 3. CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

### 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* comprensiva del *Questionario* sanitario, 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*);
- in caso siano necessari accertamenti sanitari, allegare i relativi referti (l'elenco degli esami richiesti è disponibile presso l'Agenzia);
- sottoscrivere il contratto, laddove previsto;
- versare il 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 a carico del *Contraente*, se previsto dalla normativa e dai regolamenti interni dello Stato estero di nuova residenza. Qualora il *Contraente* ometta di comunicare tale variazione, la Società potrà richiedere allo stesso il pagamento degli importi che sia stata obbligata a versare alle Autorità dello Stato estero in conseguenza del trasferimento di residenza.

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 A/R indirizzata a: Italiana Assicurazioni S.p.A. - Via Marco Ulpio 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.

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 S.p.A.* o presso la sede dell'Intermediario cui è assegnato il contratto.

Nel caso di contratti gravati da *vincoli pigni*, 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*.

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 Codice Civile, 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 Codice Civile.

### 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 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

A fronte delle garanzie previste dalla presente forma assicurativa, è dovuto un premio annuo anticipato, di importo costante, per un numero di anni che dipende dalla particolare Tariffa sottoscritta, come di seguito indicato:

a) Tariffa ITA15Z:

Il numero dei premi annui dovuti corrisponde al numero degli anni di durata contrattuale, compresa tra un minimo di 1 anno e un massimo di 25 anni.

b) Tariffa ITA12Z:

Il numero dei premi annui dovuti è inferiore al numero degli anni di durata della garanzia assicurativa, compresa tra un minimo di 1 anno e un massimo di 30 anni, come da schema di seguito riportato:

<b>Durata Contrattuale (anni):</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Numero premi annui dovuti:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

Oltre i 10 anni di *durata* contrattuale, il numero dei premi annui dovuti si ottiene sottraendo 5 alla *durata* contrattuale stessa.

Il premio annuo, il cui importo complessivo non può essere inferiore a Euro 80,00, è dovuto in ogni caso non oltre la morte dell'Assicurato.

Nel caso di premio frazionato le rate del primo anno sono comunque tutte dovute (articolo 1924 del c.c.).

Il pagamento dei *premi*, che deve avvenire con mezzi diversi dal denaro contante, potrà essere effettuato tramite una delle modalità indicate di seguito:

- 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 IT57G031380100000012611406, intestato a ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A presso Banca Reale - Corso Siccardi, 13 - 10122 Torino;
  - assegno bancario, postale o circolare, intestato a *Italiana Assicurazioni S.p.A.*, con clausola di non trasferibilità.

Attenzione:

- qualora il presente prodotto assicurativo sia distribuito da una banca, il pagamento avviene tramite procedura automatica gestita dalla banca stessa. In caso di cessazione del contratto bancario, il *Contraente* potrà procedere al pagamento del premio attraverso le altre modalità di pagamento sopra elencate;
- non è possibile effettuare pagamenti con mezzi diversi da quelli sopra indicati.

Non sono consentiti prestiti.

In caso di pagamento tramite *bonifico* a favore della *Società*, la causale dovrà essere compilata come di seguito, per un totale di 25 caratteri consecutivi:

- codice fiscale (16 caratteri) e numero di *proposta* (9 caratteri);
- partita iva (11 caratteri), numero di *proposta* (9 caratteri) e 5 "x" per completare la sequenza.

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.

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.

*Italiana Assicurazioni S.p.A.* si impegna a segnalare opportunamente al *Contraente* le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella documentazione contrattuale, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla

conclusione del contratto. Inoltre, 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*.

Il premio versato dal *Contraente*, al netto dei caricamenti, viene interamente utilizzato dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità ed eventuale invalidità).

## 4.2 SOSPENSIONE E RIPRESA DEI PAGAMENTI DEI PREMI

Trascorsi trenta giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata si determina la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti alla *Società*.

Entro 6 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il *Contraente* ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di premio arretrate, dietro espressa domanda del *Contraente* e accettazione scritta di *Italiana Assicurazioni S.p.A.*

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.

## 5. QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?



### Conclusione del contratto

Il contratto è concluso nel momento in cui il *Contraente* è a conoscenza dell'accettazione della *Proposta* da parte di *Italiana*.

### Decorrenza del contratto

Il contratto decorre dalla data indicata sulla *Proposta*.

### Entrata in vigore della copertura assicurativa

- purché il contratto sia concluso;
- dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio;
- dalla data di decorrenza del contratto, nel caso in cui sia successiva al pagamento del premio.

Il *Contraente*, in relazione agli obiettivi perseguiti, sceglie la *durata* del contratto che può variare da un minimo di 1 ad un massimo di 25 anni per la tariffa ITA15Z, e da un minimo di 1 a un massimo di 30 anni per la tariffa ITA12Z.

## 6. COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO?



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 Marco Ulpio 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 le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e quantificate nella *proposta*.

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 sopra indicato, 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:

- le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e quantificate sia nella *Proposta* sia nelle presenti Condizioni;
- la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Il mancato pagamento del premio determina la risoluzione del contratto e i premi versati restano acquisiti da Italiana Assicurazioni S.p.A.

## 7. SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI?



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. QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?



Di seguito vengono elencati i costi prelevati dai premi versati:

Caricamento per <i>spese</i> di emissione del contratto	10,00 euro
Caricamento per <i>spese</i> di emissione per premi successivi	2,00 euro
Caricamento proporzionale al premio	17,00% del premio netto
Caricamento per <i>spese</i> 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

La *Compagnia* sosterrà i costi relativi agli accertamenti sanitari richiesti per *Assicurandi* con età superiore a 65 anni oppure in tutti i casi in cui l'Assicurando desideri eliminare il periodo di *carezza*, con un massimo variabile in funzione dell'*età* e del *capitale assicurato*, secondo la seguente tabella:

		Età	
		da 18 a 65 anni	Oltre i 65 anni
Capitale assicurato	Fino a 300.000,00 euro	50,00 euro	50,00 euro
	da 300.000,01 a 400.000,00 euro	50,00 euro	100,00 euro

Le eventuali eccedenze ai suddetti importi sono a carico dell'*Assicurando*.

## 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 del D.p.r. 917/1986.

Tale detrazione è riconosciuta, fra l'altro, al *Contraente*, che ha effettivamente sostenuto la spesa del premio, qualora l'*Assicurato* sia il *Contraente* stesso oppure un familiare fiscalmente a suo carico.

Sono detraibili soltanto i *premi* versati con modalità di pagamento tracciabile.

La suddetta detrazione può subire limitazioni in funzione del reddito complessivo del *Contraente*.

#### Imposta sui premi

I premi sulle assicurazioni sulla vita sono esenti dall'imposta sui premi di assicurazione, qualora il rischio possa essere considerato come ubicato in Italia (art. 1, L. 1216/1961 ed art. 11, allegato C, Tariffa, L. 121/1961). 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 comunicati alla *Compagnia* a mezzo lettera entro 30 giorni dal trasferimento. 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 garanzie complementari saranno assoggettati ad imposta sui premi di assicurazione in conformità a quanto disposto dalla L. 29 ottobre 1961, n. 1216 e relative Tariffe.

### B) Regime fiscale delle prestazioni

Le somme corrisposte da *Italiana Assicurazioni S.p.A.* in dipendenza di contratti assicurativi, in caso di morte dell'*Assicurato* o in caso di *invalidità permanente* dell'*Assicurato*, sono esenti da IRPEF (art. 6, c. 2, D.P.R. 917/1986).

Inoltre, per questa polizza, il capitale erogato in caso di morte dell'*Assicurato*, in relazione alla garanzia principale, è interamente a copertura del rischio demografico e, quindi non soggetto a tassazione (art. 34, D.P.R. 601/1973).

### 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. COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?



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](mailto: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](mailto: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](http://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 dall'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](http://www.ivass.it).

Potrà inoltre trovare tutti i dati relativi alla gestione dei reclami sul sito Internet [www.italiana.it](http://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](mailto: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](http://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](http://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](http://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



*Italiana Assicurazioni S.p.A.* 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.

*Italiana Assicurazioni S.p.A.* 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



In questa Sezione vengono riportate le relative Condizioni di Assicurazione, applicabili laddove le relative Garanzie Complementari siano state esplicitamente richieste nel documento di Proposta e richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società alla *conclusione* del contratto.

### 17.1. GARANZIA COMPLEMENTARE PER IL CASO DI MORTE DA INFORTUNIO

#### Assicurazioni Complementari abbinabili alla sola Tariffa ITA15Z

##### 17.1.1 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. 17.1.3. - la Società si impegna a liquidare ai Beneficiari designati in polizza un capitale addizionale pari al capitale assicurato con la garanzia base del contratto.

### 17.1.2 Raddoppio del capitale - Condizioni

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.

### 17.1.3. Definizione di infortunio

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;
- j) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, aggressioni od atti violenti cui l'*Assicurato* non abbia preso parte.

### 17.1.4. 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](http://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 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 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.

#### **17.1.5. 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.

#### **17.1.6. 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 garanzia 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.

#### **17.1.7. 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.

#### **17.1.8. 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.

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.

#### **17.1.9. Costo della Garanzia Infortuni**

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.

#### **17.1.10. 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.

## 17.2. GARANZIA COMPLEMENTARE "SALVAVITA" PER IL CASO DI MALATTIA GRAVE

### Assicurazioni Complementari abbinabili alla sola Tariffa ITA15Z

#### 17.2.1. 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. 17.2.2., 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.

Il capitale massimo assicurabile è pari ad Euro 220.000,00.

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.

#### 17.2.2. 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 ( $\leq 1\text{mm}$ , 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.

Ai fini della detraibilità del premio, tale intervento chirurgico deve essere conseguente a patologie che comportino un'invalidità permanente post intervento superiore al 5,00%.

##### 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.

### 17.2.3. 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. 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, la conclusione del contratto è comunque subordinata 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 conclusione del contratto. 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 conclusione del contratto, 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. 17.2.2. 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](http://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 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 art.17.2.4 ed in allegato al presente fascicolo - 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.

#### **17.2.4. 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 Salva Vita si estingue e nulla è più dovuto nel caso in cui l'Assicurato venga colpito da altra malattia grave. In caso di liquidazione della prestazione prevista dalla complementare Salva Vita, il contratto rimane in vigore per la garanzia base e per le altre garanzie complementari facoltative eventualmente sottoscritte.

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*.

#### **17.2.5. 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.

#### **17.2.6. 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.

#### **17.2.7. 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. 17.2.2, 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.

### 17.2.7. 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.

### 17.2.8. 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 alla *conclusione* del contratto, alla lista delle malattie gravi, di cui all'art. 17.2.2, 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 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 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](http://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'*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 paranoidei, 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 idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

### **Criteria di liquidazione della prestazione relativi alla componente Invalidità Permanente da infortunio**

*Italiana Assicurazioni* liquida la prestazione per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio stesso che siano indipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio medesimo. Pertanto:

- non possono essere oggetto di liquidazione le lesioni dipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio, in quanto conseguenze indirette di esso;
- se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, sono liquidabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;
- con particolare riferimento alla componente relativa alla *invalidità permanente da infortunio*, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali di cui alla tabella allegata al DPR 1124 del 30/06/65 (tabella INAIL), sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

### **Criteria di liquidazione della prestazione relativi alla componente Invalidità Permanente da malattia**

*Italiana Assicurazioni* valuta il grado di *invalidità permanente* derivante direttamente ed esclusivamente dalla malattia denunciata come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra, escludendo il pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o ad infermità preesistenti all'effetto dell'assicurazione, nonché a mutilazioni o difetti fisici.

Comunque, nel caso in cui, nell'arco della durata contrattuale, l'Assicurato venga colpito, in tempi diversi, da più *invalidità permanenti* conseguenti a malattie non escluse dalla garanzia, si valuta il grado di *invalidità permanente* complessivamente raggiunto. Tuttavia, qualora le invalidità interessino sistemi organo-funzionali diversi, la valutazione viene fatta senza considerare le *invalidità*, conseguenti alle singole malattie, di grado inferiore al 10% della totale. Il grado di invalidità permanente liquidabile non potrà in ogni caso essere superiore al 100%.

Il grado di *invalidità permanente* viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data denuncia del sinistro e accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati nelle tabelle INAIL (DPR 1124 del 30/06/65, allegato n.1).

## **17.3. CONDIZIONI DELL'ASSICURAZIONE "TERMINAL ILLNESS" COMPRESA NELLA GARANZIA BASE**

I seguenti articoli integrano le *Condizioni di Assicurazione* e si applicano soltanto alla *garanzia complementare Terminal Illness*. Il cliente che sottoscrive la copertura base per il caso di morte prevista dal presente contratto acquisisce automaticamente il diritto di poter usufruire della *garanzia complementare Terminal Illness*.

Il costo della garanzia complementare è compreso nella garanzia base.

La garanzia si disattiva 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 garanzia base.

Dopo la liquidazione del capitale assicurato per la garanzia Terminal Illness la polizza si estingue e nessuna ulteriore prestazione è prevista.

### **17.3.1. In cosa consiste la garanzia**

La garanzia consiste nella corresponsione del capitale previsto dall'assicurazione temporanea per il caso di morte all'Assicurato, qualora venga diagnosticata allo stesso una malattia terminale che comporti un'aspettativa di vita al massimo di 6 mesi.

### **17.3.2. Prestazioni**

Accertato lo stato di malattia terminale, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* liquiderà il capitale previsto dall'assicurazione temporanea per il caso di morte, in vigore al momento del riconoscimento dello stato di malattia terminale, entro 30 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 garanzie complementari, si estingueranno una volta accertato lo stato di malattia terminale.

Nel caso in cui sia stato accertato lo stato di malattia terminale (*Terminal Illness*), qualora l'*Assicurato* deceda dopo aver richiesto la somma, ma prima dell'incasso della stessa, *Italiana Assicurazioni S.p.A* corrisponderà esclusivamente il capitale caso morte ai *Beneficiari* e nulla sarà più dovuto per le garanzie complementari.

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

La garanzia complementare *Terminal Illness* decade nel caso in cui sia stata sottoscritta la complementare invalidità permanente e venga riconosciuto lo stato di invalidità permanente.

### **17.3.3. Limiti di copertura**

La *durata* di questa garanzia è pari a quella della temporanea di base stessa diminuita di 1 anno.

Le esclusioni e le limitazioni della presente assicurazione sono quelle medesime previste nelle condizioni di assicurazione della garanzia base, di cui all'articolo 2.

### **17.3.4. Documentazione richiesta/Denuncia dello stato di Malattia Terminale**

Qualora all'*Assicurato* venga diagnosticata una malattia terminale, il Contraente o l'*Assicurato* (o altra persona in sua vece) devono farne denuncia a *Italiana Assicurazioni S.p.A.* attraverso un apposito modulo (reperibile presso l'Agenzia) 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.

Allegato - Modalità assuntive e accertamenti sanitari di base da richiedersi in rapporto all'entità del capitale da assicurare e all'età dell'assicurato

### ELENCO ACCERTAMENTI SANITARI

ETÀ	CAPITALE	ACCERTAMENTI SANITARI RICHIESTI
<b>&lt; 65 anni</b>	fino a 400.000 €	<u>Solo per eliminazione carenza:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita da parte del medico di famiglia compilato su Mod. 4808</li> <li>• Esame urine completo</li> <li>• Esame HIV (facoltativo per eliminazione carenza)</li> </ul>
	da 400.001 € a 750.000 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita medica cardiologica/medicina interna compilato su Mod. 4808</li> <li>• Esami del sangue*</li> <li>• Esame urine completo</li> </ul>
	da 750.001 € a 1.000.000 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita medica cardiologica/medicina interna compilato su Mod. 4808</li> <li>• Esami del sangue*</li> <li>• PSA totale e libero (maschi con età ≥ 50 anni)</li> <li>• Esame urine completo</li> <li>• ECG a riposo</li> </ul>
	Superiore a 1.000.000 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita medica cardiologica/medicina interna compilato su Mod. 4808</li> <li>• Esami del sangue*</li> <li>• PSA totale e libero (maschi con età ≥ 50 anni)</li> <li>• Esame urine completo</li> <li>• ECG con prova da sforzo</li> </ul>
<b>≥ 65 anni</b>	fino a 300.000 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita da parte del medico di famiglia compilato su Mod. 4808</li> <li>• Esame urine completo</li> <li>• Esame HIV (facoltativo per eliminazione carenza)</li> </ul>
	da 300.001 € a 500.000 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita medica cardiologica/medicina interna compilato su Mod. 4808</li> <li>• Esami del sangue*</li> <li>• Esame urine completo</li> </ul>
	da 500.001 € a 750.000 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita medica cardiologica/medicina interna compilato su Mod. 4808</li> <li>• Esami del sangue*</li> <li>• PSA totale e libero</li> <li>• Esame urine completo</li> <li>• ECG a riposo</li> </ul>
	Superiore a 750.000 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita medica cardiologica/medicina interna compilato su Mod. 4808</li> <li>• Esami del sangue*</li> <li>• PSA totale e libero</li> <li>• Esame urine completo</li> <li>• ECG con prova da sforzo</li> </ul>

\*Esami del sangue richiesti: Emoglobina glicosilata, Creatininemia, Azotemia, AST, ALT, Gamma GT, Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi, Emocromo completo con formula e conta piastrinica, HBsAg, HBeAg, HCV. Esame HIV solo per eliminazione carenza da HIV.

**Per capitali assicurati superiori a 1,5 Mln è richiesta la documentazione finanziaria.**



### Garanzia complementare "esonero pagamento premi"

Indipendentemente dal prodotto, la garanzia può essere prestata solo ed esclusivamente per polizze il cui premio, moltiplicato per gli anni di durata meno uno, determini un capitale sotto rischio inferiore a 150.000,00 euro.

### Garanzia complementare "Salvavita"

Il capitale massimo assicurabile è pari ad 220.000,00 euro e l'attivazione della garanzia è subordinata all'esito positivo della visita medica, comprensiva di analisi microscopica delle urine eseguita in laboratorio.

Ferma restando la facoltà, da parte dell'Assicurando, di sottoporsi comunque a visita medica, la stipulazione della polizza è consentita anche senza visita medica, con i seguenti limiti:

Importo massimo di capitale assicurato senza visita medica (*)		
<b>fino a 50 anni</b> 110.000,00 euro	<b>51-55 anni</b> 80.000,00 euro	<b>56-60 anni</b> 55.000,00 euro

(\*) L'importo del capitale s'intende comprensivo anche di quello relativo alla Polizza base.

# BENVENUTI IN ITALIANA

## 800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

[benvenutitaliana@italiana.it](mailto:benvenutitaliana@italiana.it)



Mod. VITCC70011



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](mailto:italiana@pec.italiana.it) [www.italiana.it](http://www.italiana.it) - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - [benvenutitaliana@italiana.it](mailto:benvenutitaliana@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 al Gruppo Reale Mutua iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.