

Domino

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE ED A PREMIO ANNUO COSTANTE.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

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

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

Domino

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

mod. VITCC78347 Ed. 11/2022

CONTATTI UTILI

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

AREA RISERVATA

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

INTRODUZIONE

Domino è un contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte a premio annuo e capitale costante.

Il prodotto soddisfa il bisogno di continuità del reddito e può essere sottoscritto con l'obiettivo di copertura dal rischio di morte.

È previsto il pagamento di un piano di premi annui costanti.

INDICE

GLOSSARIO 1

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 1

1. 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? 7
6. COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO? 8
7. SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI? 8
8. QUALI COSTI DEVO SOSTENERE? 8
9. REGIME FISCALE 9
10. COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE? 10
11. CONFLITTI DI INTERESSE 11
12. COMUNICAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO 11
13. DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO 11
14. IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ 11
15. CESSIONE, PEGNO E VINCOLO 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.

ASSICURANDO
Soggetto che presenta la Proposta di assicurazione alla Compagnia di assicurazione.

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 S.p.A.

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 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.

FUMATORE

L'Assicurando si trova nello stato "fumatore" anche se ha fumato nel corso dei 12 mesi precedenti la data di decorrenza del contratto.

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 abbinate 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.

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.

IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ

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 Italiana Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi. Sede Legale e Direzione Generale: Via Traiano, 18 – 20149 MILANO ITALIA.

IVASS

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

LIQUIDAZIONE

Pagamento 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.

NON FUMATORE

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

PARTI

Il Contraente e Italiana Assicurazioni S.p.A.

PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Momento in cui viene effettuato il pagamento del premio.

PERIODO DI 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.

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**.**

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.

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 6 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?

1.1. CASO MORTE

Al momento del decesso dell'*Assicurato*, nel corso della *durata* del contratto, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* liquiderà ai *Beneficiari* designati dal *Contraente* il capitale assicurato.
In caso di sopravvivenza dell'*Assicurato* alla data di *scadenza* del contratto, nulla è dovuto e i *premi* pagati resteranno acquisiti da *Italiana Assicurazioni S.p.A.*.
Il capitale assicurabile deve essere superiore a 400.000,00 euro ed il premio annuo lordo deve essere almeno di 300,00 euro.

Poiché la polizza ricomprende nella garanzia base anche la garanzia *Terminal Illness* ed è possibile stipulare la garanzia facoltativa di invalidità permanente, qualora il capitale assicurato sia liquidato in forza di una di queste due garanzie, la polizza si estingue e nessuna ulteriore prestazione è prevista.

1.2. GARANZIE COMPLEMENTARI

- **Garanzia complementare *Terminal Illness* (Malattia Terminale) compresa nella garanzia base**
  La sottoscrizione di "DOMINO" dà diritto ad un'ulteriore estensione di garanzia complementare denominata "Terminal Illness" compresa nella garanzia base. Qualora, 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 facoltativa *infortuni* (N01)**
  Garanzia facoltativa alternativa alla complementare *infortuni* N02.
  In caso di decesso dell'*Assicurato* durante il periodo di copertura della garanzia in seguito a *infortunio* derivante da qualsiasi causa, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* liquiderà ai *Beneficiari* designati un importo aggiuntivo pari al *capitale assicurato* per la garanzia base. L'importo aggiuntivo della prestazione complementare non può comunque superare 500.000,00 euro. Tale limite troverà applicazione anche nel caso in cui ulteriori capitali per la garanzia infortuni siano previsti da altre polizze vita sottoscritte con *Italiana Assicurazioni S.p.A.*
- **Garanzia complementare facoltativa *infortuni* (N02)**
  Garanzia facoltativa alternativa alla complementare *infortuni* N01.
  In caso di decesso dell'*Assicurato* durante il periodo di copertura della garanzia in seguito a *infortunio* derivante da qualsiasi causa ad eccezione dell'incidente stradale, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* liquiderà ai *Beneficiari* designati un importo aggiuntivo pari al *capitale assicurato* per la garanzia base. L'importo aggiuntivo della prestazione complementare non può comunque superare 500.000,00 euro. Tale limite troverà applicazione anche nel caso in cui ulteriori capitali per la garanzia infortuni siano previsti da altre polizze vita sottoscritte con *Italiana Assicurazioni S.p.A.*
  Nel caso in cui l'*infortunio* mortale sia conseguente a incidente stradale, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* liquiderà ai *Beneficiari* designati un importo aggiuntivo pari al doppio del *capitale assicurato* per la garanzia base. L'importo aggiuntivo della prestazione complementare non può comunque superare 1.000.000,00 euro. Tale limite troverà applicazione anche nel caso in cui ulteriori capitali per la garanzia infortuni siano previsti da altre polizze vita sottoscritte con *Italiana Assicurazioni S.p.A.*
- **Garanzia complementare facoltativa *invalidità permanente* (J16)**
  Tale garanzia è sottoscrivibile esclusivamente nel caso in cui l'*età* assicurativa alla scadenza contrattuale non sia superiore a 65 anni.

In caso di *infortunio* occorso o malattia sopravvenuta all'*Assicurato* durante il periodo di *copertura* della garanzia che abbia come conseguenza l'incapacità di effettuare qualsiasi attività lavorativa proficua o, comunque, presenti un'*invalidità* percentuale accertata di grado pari o superiore al 66,00%, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* liquida all'*Assicurato* il *capitale assicurato* per la garanzia base. L'importo dovuto per tale garanzia complementare non può comunque superare 1.000.000,00 euro. Tale limite troverà applicazione anche nel caso in cui ulteriori capitali per la garanzia invalidità permanente siano previsti da altre polizze vita sottoscritte con *Italiana Assicurazioni S.p.A.*

L'assicurazione prevista dalla garanzia base per il caso di morte, la garanzia complementare *Terminal Illness* e le garanzie complementari facoltative, si estingueranno una volta accertato lo stato di invalidità permanente e corrisposta la somma dovuta da parte di *Italiana Assicurazioni S.p.A.*.

- **Garanzia complementare facoltativa *Dread Disease* (M01)**

  Tale garanzia è sottoscrivibile esclusivamente nel caso in cui l'*età* assicurativa alla scadenza contrattuale non sia superiore a 65 anni.

  Nel caso in cui l'*Assicurato*, durante il periodo di copertura della garanzia, contragga una delle gravi patologie di seguito elencate, a condizione che la stessa abbia comportato una invalidità permanente dell'assicurato non inferiore al 5%, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* liquiderà all'Assicurato il capitale prescelto dal Contraente per questa garanzia con il limite massimo di 100.000,00 euro.

  Le patologie coperte dalla presente garanzia sono:
  - CANCRO
  - INFARTO
  - ICTUS
  - INSUFFICIENZA RENALE
  - TRAPIANTO D'ORGANO
  - INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO
  - SCLEROSI MULTIPLA
  - MALATTIA DEI MOTONEURONI (COMPRESA SLA),

I limiti di copertura e le esclusioni sono indicate al paragrafo 17.4.1 e 17.4.3.
Per le specifiche regole in merito alle garanzie complementari si rimanda al successivo articolo 17.

1.2. SERVIZI ABBINATI AL CONTRATTO

Consulenza telefonica H24

Qualora l'Assicurato e il suo nucleo familiare necessitino di informazioni e consigli medici, la Centrale Operativa mette a disposizione i servizi di consulenza medica telefonica di seguito descritti.

- **Servizio di Informazione Medica Telefonica:** tale servizio consiste nel fornire informazioni e consigli su medicinali commercializzati in Italia o su primi provvedimenti d'urgenza da adottare.
- **Servizio di Informazione Medica Specialistica:** Video Consulenza pediatrica accessibile dalle 8.00 alle 20.00 dal lunedì al venerdì e consulenza telefonica H24. Tale servizio consiste nel fornire orientamenti di fronte a problematiche acutamente insorte nei bambini nonché nel fornire suggerimenti e informazioni sulle tematiche strettamente connesse all'età evolutiva, alimentazione, accrescimento, vaccinazioni, relazione e comportamento, etc.

Non verranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.
La Centrale Operativa è a disposizione 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno al numero verde 800166657.

2. CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

L'età dell'*Assicurato* alla *decorrenza* (età all'ingresso in assicurazione) del contratto deve essere almeno pari a 18 anni, e non superiore a 75 anni alla scadenza.
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.

Nel caso in cui, in corso di contratto, il Contraente trasferisca la propria residenza in uno stato al di fuori dello Spazio Economico Europeo (comprensivo degli Stati Membri dell'Unione Europea, di Islanda, Liechtenstein, Norvegia e San Marino) il contratto si risolve e i premi versati restano acquisiti da *Italiana Assicurazioni S.p.A.*.

2.1. ESCLUSIONI

Il rischio morte è coperto qualunque possa esserne la causa. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- infortuni subiti a causa di guerra, se e in quanto l'Assicurato venga sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, fatto salvo il caso in cui l'infortunio determinato da fatti di guerra avvenga entro il 14 giorno dallo scoppio delle ostilità;
- infortuni direttamente causati da partecipazione attiva dell'Assicurato a ribellioni, insurrezioni, tumulti popolari o sommosse;
- infortuni direttamente o indirettamente correlati a:
  a) impiego di armi atomiche, biologiche o chimiche nonché di sostanze radioattive, biologiche o chimiche;
  b) attacchi o intrusioni dolose in stabilimenti o altre installazioni fisse (ad esempio centrali nucleari, impianti di rigenerazione, depositi finali o intermedi, reattori di ricerca, giacimenti o fabbriche) o loro parti, terreni o installazioni mobili (ad esempio contenitori di trasporto o deposito), che possono provocare il rilascio di radioattività o di sostanze/aggressivi nucleari, biologici o chimici;
- infortuni causati dall'improvvisa emanazione di energia atomica, da radiazioni nucleari o contaminazione radioattiva (sia controllata che incontrollata), ad eccezione di quelli derivanti da pratica di radiologia e cobaltoterapia, utilizzo di radium o radio-isotopi in ambito medico o universitario, esposizione occasionale a radium o radio-isotopi delle persone operanti, a qualsiasi titolo, in ambito medico o universitario;
- 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);
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- infortuni che risultino conseguenza di proprie azioni correlate a stati di ubriachezza, all'assunzione di sostanze stupefacenti o all'uso non terapeutico di psicofarmaci;
- 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.

In questi casi nulla sarà dovuto da *Italiana Assicurazioni S.p.A.*

2.2. CARENZA

Qualora l'assicurato rifiuti di sottoporsi al test dell'HIV, nel caso in cui il decesso dell'*Assicurato* avvenga entro i primi 5 anni dalla stipula *del contratto* e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia a essa collegata, nessuna garanzia sarà operante e nulla sarà dovuto da parte di *Italiana Assicurazioni S.p.A.*

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 la *Proposta* comprensiva del *Questionario* sanitario, fornendo, in particolare, i propri dati anagrafici e quelli dell'*Assicurato,* designando i *Beneficiari* ed eventuale Referente Terzo;
- prendere visione e sottoscrivere il Modulo relativo all'Informativa sulla Privacy (che dovrà essere firmato anche dall'*Assicurato*, se diverso dal *Contraente*);
- sottoscrivere il contratto, laddove previsto;
- versare il premio.

Sono obbligatori la compilazione e la sottoscrizione del *Questionario* sanitario e l'effettuazione degli accertamenti sanitari previsti. A questo proposito si ricorda al *Contraente* e agli *Assicurati* di leggere attentamente le raccomandazioni e avvertenze, contenute in *Proposta*, relative alla compilazione del *Questionario* Sanitario.

La sottoscrizione della *Proposta* ed il contestuale pagamento dell'importo sopra indicato non determina l'operatività della garanzia assicurativa.

L'importo corrisposto contestualmente alla sottoscrizione della presente *Proposta* sarà trattenuto dalla *Società* a titolo di deposito gratuito e non produttivo di interessi e, in caso di accettazione della stessa, con conseguente *conclusione* del contratto, sarà imputato a titolo di premio. In caso di mancata accettazione, la *Società* restituirà al Contraente, la somma trattenuta a titolo di deposito.

3.2. INOLTRO DELLE COMUNICAZIONI A ITALIANA ASSICURAZIONI

Comunicazioni di revoca e recesso

Le comunicazioni di *revoca* della *Proposta*, di *recesso* o cessione dal contratto, 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.

Comunicazione del Contraente alla Società

Il *Contraente* e *l'Assicurando* devono rendere note a *Italiana Assicurazioni S.p.A.*, tramite comunicazione scritta, eventuali modifiche relative all'aggravamento del *rischio* della professione e delle attività sportive dell'*Assicurato* qualora intervenute in corso di contratto. Se l'*Assicurato* dà notizia di tali cambiamenti in corso di contratto, come previsto dall'articolo 1926 del c.c., *Italiana Assicurazioni S.p.A.*, entro quindici giorni deve dichiarare se intende ridurre la *prestazione* assicurata, elevare il *premio* o far cessare gli effetti del contratto.

Modifica delle abitudini relative al fumo

Il *Contraente* o l'*Assicurato* che abbia dichiarato di essere un "*non fumatore*" e successivamente abbia iniziato o ripreso a fumare è tenuto a darne comunicazione scritta a Italiana Assicurazioni S.p.A. entro 30 giorni. In tal caso si applicheranno con *decorrenza* immediata, le condizioni previste per i "*fumatori*".
In particolare, in caso di decesso per patologie collegate all'abitudine al fumo, occorse prima della *ricorrenza* annuale successiva alla comunicazione o in sua assenza, sarà liquidato un *capitale* ridotto calcolato in base alle condizioni dello stato di "fumatore".
In caso di mancata comunicazione si applica l'articolo 1898 del c.c.

Nel caso di un Assicurato che trovandosi nello stato di "*fumatore*" invii a Italiana Assicurazioni S.p.A. una dichiarazione attestante che ha smesso di fumare da almeno 12 mesi, subordinatamente agli esiti degli esami medici eventualmente richiesti per accertare l'insorgenza di patologie derivanti dalla passata abitudine al fumo, si applicheranno le condizioni spettanti all'*Assicurato* "*non fumatore*" a partire dalla *ricorrenza* annuale seguente la comunicazione.

Comunicazioni di variazione della residenza

Nel caso in cui il *Contraente*, nel corso della *durata* del contratto, trasferisca la propria residenza in qualunque altro Stato, è obbligato a comunicarlo a *Italiana Assicurazioni S.p.A.* a mezzo lettera entro 30 giorni dal trasferimento. Si ricorda che il trasferimento di residenza potrebbe comportare un ulteriore onere al *Contraente*, se previsto 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*, dovranno essere consegnati i seguenti documenti:

- certificato anagrafico di morte dell'*Assicurato* nel quale sia anche indicata la data di nascita;
- eventuale relazione del medico curante attestante la causa del decesso, presa visione del quale *Italiana Assicurazioni S.p.A.* si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria (cartelle cliniche, accertamenti sanitari, verbali di commissioni di invalidità ecc.);
- verbale delle autorità competenti in caso di morte violenta o accidentale dell'*Assicurato*;
- atto di notorietà redatto in Tribunale o dal Notaio o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, dal quale risulti:
  - se l'*Assicurato* abbia lasciato o no testamento e, in caso affermativo, che il testamento (i cui estremi sono indicati nell'atto) sia l'unico o l'ultimo e non sia stato impugnato. Nel caso in cui vi sia testamento, copia autentica del relativo verbale di pubblicazione;
  - chi siano gli eredi legittimi dell'*Assicurato* al momento della comunicazione del decesso, in caso di *Beneficiari* designati in modo generico;
- dati anagrafici dei *Beneficiari* (copia della carta di identità e del codice fiscale);
- nel caso di *Beneficiari* minori o incapaci, decreto del giudice tutelare che autorizzi il legale rappresentante a riscuotere la *prestazione*.

Ricordiamo che, per ogni liquidazione è necessario disporre, relativamente ai *Beneficiari* del pagamento, di:

- documento d'identità valido;
- codice fiscale;
- indirizzo completo.

Nel caso di contratti gravati da *vincoli* o *pegni*, è indispensabile il consenso del *vincolatario* o del creditore pignoratizio.

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

3.4. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI

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

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

4. QUANDO E COME DEVO PAGARE?

4.1 PAGAMENTO DEI PREMI

Il primo *premio* annuo lordo deve essere almeno di 300,00 euro.
Il premio è calcolato in base alle garanzie prestate (e, in particolare, alla scelta delle garanzie complementari), alla loro *durata* e ammontare del capitale assicurato, all'età dell'*Assicurato*, e alla sua eventuale abitudine al fumo e alle sue attività sportive e professionali. In base allo stato di salute dell'*Assicurato,* alle sue attività professionali e sportive svolte, potrebbe essere necessaria l'applicazione di un *sovrappremio*, dovuto all'aggravamento del rischio assuntivo, oppure le garanzie potrebbero non essere prestate.
Il contratto prevede il pagamento di un piano di *premi annui* costanti.
Il numero di *premi annui* da pagare è pari agli anni della *durata* contrattuale prescelta, e comunque non oltre il decesso dell'*Assicurato*.
Il primo premio deve essere versato dal *Contraente* alla data di sottoscrizione della *Proposta* o del contratto e gli altri alle successive ricorrenze in base alla periodicità di versamento scelta.

Il *Contraente* può versare il *premio annuo*, oltre che con cadenza annuale, in più rate, scegliendo un frazionamento mensile, trimestrale o semestrale. In tal caso il *premio annuo* viene maggiorato del costo di frazionamento. Nel caso di *premio* frazionato le rate del primo annuo sono comunque tutte dovute (articolo 1924 del Codice civile).
Il *Contraente* ha la possibilità di variare la periodicità del versamento. La variazione avrà effetto almeno 2 mesi dopo la data di richiesta, compatibilmente con la periodicità dei versamenti.

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

- direttamente all'Intermediario (nei limiti degli importi indicati in *Proposta*) con:
  - assegno bancario, postale o circolare con clausola di non trasferibilità intestato a *Italiana Assicurazioni S.p.A.*;
  - bonifico *Sepa* intestato *a Italiana Assicurazioni S.p.A;*
  - bancomat/carta di credito;
  - attivazione della procedura SDD (solo per rate successive alla prima).
- direttamente alla Compagnia (nei limiti degli importi indicati in *Proposta*) con:
  - bonifico a favore di ITALIANA ASSICURAZIONI S.P.A. sul c/c bancario Codice IBAN IT57G0313801000000012611406, intestato a ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A presso Banca Reale - Corso Siccardi, 13 - 10122 Torino;
  - assegno bancario, postale o circolare, intestato a *Italiana Assicurazioni S.p.A*, con clausola di non trasferibilità
  - attivazione della procedura SDD (solo per rate successive alla prima).

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

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.

In caso di pagamento tramite addebito diretto SDD (SEPA Direct Debit), su conto corrente bancario o postale, il *Contraente* deve compilare e firmare l'apposito modulo con cui autorizza l'addebito degli importi relativi ai premi pattuiti alle scadenze prestabilite.
In caso di pagamento tramite addebito diretto SDD, se la periodicità di versamento dei premi prescelta è mensile, alla sottoscrizione della *Proposta* il Contraente deve comunque versare in unica soluzione l'importo relativo ai premi del primo trimestre.
Nel caso in cui il Contraente dovesse variare, per qualsiasi motivo, le coordinate del conto di addebito, dovrà dare tempestiva notizia all'Agenzia che provvederà a far sottoscrivere il modulo di autorizzazione riportante le nuove coordinate bancarie. La variazione avrà effetto non prima di 2 mesi dalla data di richiesta, compatibilmente con la periodicità prevista per il pagamento dei premi.

Eventuali spese relative ai mezzi di pagamento sono a carico del *Contraente*.

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.

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 rischio di invalidità permanente se scelta la relativa *garanzia complementare*).

Il *premio* versato dal *Contraente*, al netto dei *caricamenti*, viene interamente utilizzato da Italiana Assicurazioni S.p.A. per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto (rischio di decesso ed eventuale rischio di invalidità permanente se scelta la relativa *garanzia complementare*).

Non sono consentiti prestiti e non sono previste opzioni di contratto.

4.2 SOSPENSIONE E RIPRESA DEI PAGAMENTI DEI PREMI

Il *Contraente* ha la facoltà di sospendere, in qualsiasi momento, il pagamento dei *premi.*
Il mancato pagamento anche di un solo premio determina, trascorsi 30 giorni dalla *scadenza* della rata, la risoluzione del contratto e i premi pagati restano acquisiti da *Italiana Assicurazioni S.p.A.*
Si considera mancato pagamento del *premio* anche il caso in cui il premio non perviene a Italiana Assicurazioni S.p.A. pur essendo prevista la modalità di pagamento SDD.

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.*, che può richiedere nuovamente l'effettuazione di accertamenti sanitari e decidere circa la *riattivazione* tenendo conto del loro esito.
In caso di *riattivazione*, l'assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24:00 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, l'assicurazione non può più essere riattivata.

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* che può variare da un minimo di 5 ad un massimo di 30 anni.

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

Revoca

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

Recesso

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

Risoluzione

Il Contraente ha la facoltà di sospendere i pagamenti dei premi in qualsiasi momento. Il mancato pagamento anche di 1 solo premio determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza della rata la risoluzione del contratto e i premi pagati restano acquisiti da Italiana Assicurazioni S.p.A.

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 spese di emissione del contratto	15,00 euro

Caricamento per spese di emissione per premi successivi	2,00 euro
Caricamento proporzionale al premio	20,00% del premio netto
Caricamento in cifra fissa	3,50 euro
Caricamento per spese di frazionamento da applicare al premio	1,50% per frazionamento semestrale; 2,00% per frazionamento trimestrale; 2,50% 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.

Avvertenza: l'Intermediario ha la facoltà di praticare sconti di natura commerciale, riducendo il caricamento proporzionale al premio.

Costi per accertamenti sanitari

Italiana Assicurazioni S.p.A. sosterrà i costi relativi agli accertamenti sanitari richiesti per gli *Assicurati*, 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	**da 400.000,01 a 500.000,00 euro**	100,00 euro	100,00 euro
	da 500.000,01 a 750.000,00 euro	100,00 euro	100,00 euro
	da 750.000,00 euro a 1.000.000,00 euro	100,00 euro	200,00 euro
	oltre 1.000.000,01 euro	200,00 euro	200,00 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 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: benvenutinitaliana@italiana.it.
La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Italiana Assicurazioni S.p.A. con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'*IVASS* con una delle seguenti modalità:

- via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma;
- via fax 06/42133353 oppure 06/42133745;
- via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it;

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo andrà presentato utilizzando il modello predisposto dall'*IVASS* e reperibile sul sito www.ivass.it - Guida ai reclami; su tale sito potrà reperire ulteriori notizie in merito alle modalità di ricorso ed alle competenze dell'ente di controllo. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle *prestazioni* e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.
In caso di controversia con un'Impresa d'assicurazione con sede in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia, l'interessato può presentare reclamo all'*IVASS* con la richiesta di attivazione della procedura FIN-NET o presentarlo direttamente al sistema estero competente, attivando tale procedura accessibile dal sito internet www.ivass.it.
Potrà inoltre trovare tutti i dati relativi alla gestione dei reclami sul sito Internet www.italiana.it.

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

Commissione di Garanzia

Nella continua attenzione verso i propri Clienti, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* mette a disposizione un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'*Assicurato*" con sede in via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli *Assicurati* nei confronti della Società in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'*Assicurato*. Se da questi accettata, è invece vincolante per la Società. Possono rivolgersi alla Commissione gli *Assicurati* persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con *Italiana Assicurazioni S.p.A.*, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.
Il ricorso deve essere proposto per iscritto inviando una e-mail all'indirizzo commissione.garanziaassicurato@italiana.it oppure una lettera alla sede della Commissione.

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

Mediazione per la conciliazione delle controversie

In caso di controversia in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria o in materia di contratti assicurativi, bancari o finanziari, qualora s'intenda intraprendere un'azione giudiziale, dovrà essere previamente esperita la procedura di *mediazione* prevista dal D.lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni. La *mediazione* non è obbligatoria negli altri casi e per le controversie relative al risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli.
Tale procedimento si svolge presso un organismo iscritto nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia, il cui elenco nonché il procedimento sono consultabili sul sito www.giustizia.it.
La *mediazione* si introduce con una domanda all'organismo nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia contenente l'indicazione dell'organismo investito, delle *parti*, dell'oggetto della pretesa e delle relative ragioni.
Le *parti* devono partecipare alla procedura di *mediazione*, già dal primo incontro, con l'assistenza di un avvocato.

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

11. CONFLITTI DI INTERESSE

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

12. COMUNICAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO

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

17.1 GARANZIA COMPLEMENTARE "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.

17.1.1 – 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.

17.1.2. - Prestazioni

Accertato lo stato di malattia terminale, I*taliana 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*.

17.1.3. – 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.

17.1.4. – 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.

17.2. GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA INFORTUNI

I seguenti articoli integrano le *Condizioni di Assicurazione* e si applicano soltanto alla garanzia complementare *infortuni*, che può essere scelta esclusivamente alla sottoscrizione della *Proposta*.
Tale garanzia è facoltativa e, dunque, ha validità solo se espressamente scelta dal Contraente e selezionata nel *Modulo di Proposta*.
In corso di contratto, l'*Assicurato* ha la facoltà di rinunciarvi, mantenendo in vigore la *garanzia principale*.

17.2.1. Definizione di infortunio

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili e sia causa diretta ed esclusiva della morte dell'*Assicurato*.
Infortunio conseguente a incidente stradale: evento causato da veicoli e/o mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate e sia causa diretta ed esclusiva della morte dell'*Assicurato*.

17.2.2. Prestazioni

Sono previste, in alternativa, le seguenti *prestazioni*:

- garanzia complementare *infortuni* (N01) garanzia facoltativa alternativa alla N02:
  in caso di decesso dell'*Assicurato* durante il periodo di copertura della garanzia in seguito a *infortunio* derivante da qualsiasi causa, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* liquiderà ai *Beneficiari* designati, un importo aggiuntivo pari al *capitale assicurato* per la garanzia base. L'importo aggiuntivo della *prestazione* complementare non può comunque superare 500.000,00 euro); Tale limite troverà applicazione anche nel caso in cui ulteriori capitali per la garanzia infortuni siano previsti da altre polizze vita sottoscritte con Italiana Assicurazioni S.p.A.
- garanzia complementare *infortuni* (N02) garanzia facoltativa alternativa alla N01:
  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.* liquiderà ai *Beneficiari* designati, il pagamento di un importo aggiuntivo pari al *capitale assicurato* per la garanzia base. L'importo aggiuntivo della *prestazione* complementare non può comunque superare 500.000,00 euro). Tale limite troverà applicazione anche nel caso in cui ulteriori capitali per la garanzia infortuni siano previsti da altre polizze vita sottoscritte con *Italiana Assicurazioni S.p.A.*.
  Nel caso in cui l'*infortunio* mortale sia conseguente a incidente stradale, Italiana Assicurazioni S.p.A. liquiderà ai Beneficiari designati un importo aggiuntivo pari al doppio del *capitale assicurato* per la garanzia base. L'importo aggiuntivo della prestazione complementare non può comunque superare 1.000.000,00 euro. Tale limite troverà applicazione anche nel caso in cui ulteriori capitali per la garanzia infortuni siano previsti da altre polizze vita sottoscritte con *Italiana Assicurazioni S.p.A.*.

Il capitale della *garanzia complementare infortuni* è costante per tutta la *durata* contrattuale.

17.2.3. Operatività delle garanzie ed esclusioni

Italiana Assicurazioni S.p.A. corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'*infortunio*, nel caso in cui il decesso dell'*Assicurato* avvenga nei 12 mesi successivi il giorno in cui è avvenuto l'*infortunio*.

Il capitale assicurato viene liquidato anche in caso di decesso causato da:

a) annegamento, assideramento, congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore o di freddo, embolie conseguenti ad immersione subacquee con autorespiratore;
b) avvelenamento acuto e lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
c) asfissia non dipendente da malattia;
d) conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di animali;
e) imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi, *infortuni* subiti in caso di malore o incoscienza;
f) atti di terrorismo, tumulti popolari, mobilitazioni generali, purché l'*Assicurato* non vi abbia preso parte attiva;
g) atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
h) aggressioni e violenze subite per motivi di carattere politico, anche se compiuti da gruppi di individui durante manifestazioni, purché l'*Assicurato* non abbia preso parte alle stesse.

Ferme le esclusioni previste al precedente articolo 2, sono inoltre esclusi dalla presente assicurazione complementare i seguenti *infortuni* da cui derivi il decesso:

a) pratica di paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);
b) pratica a titolo professionistico di sport in genere;
c) partecipazione a gare motoristiche – non di regolarità pura – e alle relative prove;
d) partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
e) pratica di alpinismo o free climbing, in solitaria o in territorio extra europeo;
f) movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, trombe d'aria e uragani;
g) *infortuni* causati dall'improvvisa emanazione di energia atomica, da radiazioni nucleari o contaminazione radioattiva (sia controllata che incontrollata), ad eccezione di quelli derivanti da pratica di radiologia e cobaltoterapia, utilizzo di radium o radio-isotopi in ambito medico o universitario, esposizione occasionale a radium o radio-isotopi delle persone operanti, a qualsiasi titolo, in ambito medico o universitario;
h) guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 g/l, sanzionabile ai sensi dell'art. 186 del Decreto legislativo 30/04/1992 n. 285 e successive modificazioni o integrazioni.

17.2.4. Ulteriori informazioni sulla garanzia complementare infortuni

La durata della *garanzia complementare infortuni* e la frequenza del versamento dei *premi* sono gli stessi previsti per la *garanzia principale* alla quale è abbinata la copertura facoltativa.

La sospensione del pagamento dei *premi* comporta la contestuale interruzione del pagamento dei *premi* della complementare *infortuni*, la quale decade trascorso il periodo di *copertura* relativo all'ultimo *premio* pagato.
In caso di *riattivazione* della garanzia base anche quella complementare, scelta alla sottoscrizione della *Proposta*, viene rimessa in vigore. Non è possibile *riattivare* esclusivamente la garanzia complementare.

Non è ammesso il pagamento del *premio* della sola *garanzia complementare*.

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

17.2.5. Rinuncia al diritto di rivalsa

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

17.2.6. Documentazione richiesta per il pagamento in caso di infortunio

Nel caso in cui si verifichi il decesso dell'*Assicurato* a seguito di *infortunio*, i *Beneficiari* devono segnalarlo a *Italiana Assicurazioni S.p.A.* inviando una raccomandata con avviso di ricevimento**,** che indichi il luogo, il giorno e l'ora dell'evento, la descrizione della dinamica e delle cause che lo determinarono e la prova che il decesso è conseguenza dell'*infortunio* stesso.

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

17.2.7. Collegio arbitrale

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

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

17.3. GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA INVALIDITÀ PERMANENTE

I seguenti articoli integrano le *Condizioni di Assicurazione* e si applicano soltanto alla *garanzia complementare invalidità permanente*, che può essere scelta esclusivamente alla sottoscrizione della *Proposta*.

Tale garanzia è facoltativa e, dunque, ha validità solo se espressamente scelta dal *Contraente* e selezionata nel *Modulo di Proposta*.

In corso di contratto, l'*Assicurato* ha la facoltà di rinunciarvi mantenendo in vigore la garanzia principale.

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

La garanzia complementare invalidità è riservata ad *Assicurati* di età assicurativa non superiore a 65 anni alla scadenza contrattuale.

Il capitale assicurato per tale garanzia è pari al capitale assicurato per la garanzia base con il limite massimo di 1.000.000,00 euro.

17.3.1. Definizione di invalidità permanente

È considerato invalido permanente l'*Assicurato* che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, sia riconosciuto definitivamente incapace di effettuare qualsiasi attività lavorativa proficua, indipendentemente dalla professione o, comunque, presenti un'invalidità percentuale sopravvenuta e accertata di grado pari o superiore al 66,00%, intendendo tale valutazione effettuata sulla base della tabella allegata al DPR 1124 del 30/06/65 (Tabella INAIL).

17.3.2. Prestazioni

In caso di *infortunio* occorso o malattia sopravvenuta all'*Assicurato* durante il periodo di copertura della garanzia che abbia come conseguenza l'incapacità di effettuare qualsiasi attività lavorativa proficua o, comunque, presenti un'invalidità percentuale accertata di grado pari o superiore al 66,00%, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* garantisce all'*Assicurato* il pagamento di un capitale assicurato per la garanzia base. L'importo dovuto per tale garanzia complementare non può comunque superare 1.000.000,00 euro. Tale limite troverà applicazione anche nel caso in cui ulteriori capitali per la garanzia invalidità permanente siano previsti da altre polizze vita sottoscritte con *Italiana Assicurazioni*.

Il capitale della *garanzia complementare invalidità permanente* è costante per tutta la *durata* contrattuale.

In caso di accertamento dello stato di *invalidità permanente*, con la corresponsione della somma dovuta da parte di Italiana Assicurazioni S.p.A., il contratto si risolve e nulla più è dovuto da parte della Società sia per la garanzia base, sia per la garanzia Terminal Illness, sia per le altre garanzie complementari di polizza eventualmente sottoscritte

Nel caso in cui sia stato accertato lo stato di *invalidità permanente*, 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.

17.3.3. Criteri 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.

17.3.4. Criteri 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).

17.3.5. Operatività della garanzia ed esclusioni

Italiana Assicurazioni S.p.A. corrisponde il capitale previsto dalla garanzia invalidità nel caso in cui lo stato di invalidità permanente dell'*Assicurato* venga accertato nei 12 mesi successivi il giorno in cui è occorso l'*infortunio* o è insorta la malattia che lo ha generato.

Qualora il *Contraente* decida di sospendere i versamenti, terminato il periodo di copertura per il quale sia stato pagato il premio, la garanzia decade, fino a un'eventuale *riattivazione* della stessa.
Nel caso in cui si intenda riattivare la garanzia, sono previsti di nuovo un periodo di carenza di 6 mesi e la compilazione e la sottoscrizione del *Questionario* sanitario.

Nel caso in cui lo stato di salute dell'*Assicurato*, le sue attività professionali e sportive rendessero necessaria l'applicazione di un *sovrappremio*, la garanzia complementare invalidità potrebbe non essere prestata. In tal caso, il contratto potrà essere riattivato limitatamente a quanto previsto dalla garanzia base.

Il riconoscimento dello stato di invalidità permanente, così come definito al precedente articolo 17.3.1., comporta la liquidazione della *prestazione* prevista e la contestuale decadenza della garanzia.
Le esclusioni previste al precedente articolo 2 per il rischio morte sono ugualmente valide per il caso di invalidità permanente.
Sono inoltre esclusi dalla presente assicurazione complementare i casi di invalidità direttamente o indirettamente collegati a:

- lesioni provocate intenzionalmente dall'*Assicurato* o con il suo consenso;
- patologie psichiatriche, sindromi nevrotiche e caratteriali.

Sono inoltre esclusi dalla copertura gli stati di invalidità preesistenti alla data di *decorrenza* della garanzia complementare o determinati da malattie conseguenti a situazioni patologiche insorte prima dell'effetto dell'assicurazione.

Nel caso in cui non sia prevista l'effettuazione degli accertamenti sanitari, la garanzia complementare non ha validità qualora lo stato d'invalidità dell'*Assicurato* si manifesti entro i primi 6 mesi dall'entrata in vigore della garanzia.
L'*Assicurato* può richiedere che gli venga riconosciuta piena copertura assicurativa senza tale periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

Rimane inoltre convenuto che qualora l'invalidità dell'*Assicurato* avvenga entro i primi 5 anni dal *perfezionamento* del contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia a essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.
Italiana Assicurazioni S.p.A. non applicherà entro i primi 6 mesi dal *perfezionamento* del contratto la limitazione sopraindicata e, pertanto, la *prestazione* sarà erogata, qualora lo stato d'invalidità sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della garanzia: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, tetano, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, 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;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della garanzia;
- di *infortunio* avvenuto dopo l'entrata in vigore della garanzia, intendendo per *infortunio* l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

17.3.6. Documentazione richiesta per il pagamento in caso di invalidità
Nel caso in cui l'*Assicurato* sia diventato invalido, è necessario segnalarlo a *Italiana Assicurazioni S.p.A.* inviando una raccomandata con avviso di ricevimento, accompagnata da una relazione particolareggiata del medico curante o specialista che descriva le cause, le modalità e il decorso della malattia o della lesione che ha generato lo stato d'invalidità.
Italiana Assicurazioni S.p.A., entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, dispone l'accertamento, mediante visita medico-legale, dell'invalidità, come definita al precedente articolo 17.3.1.
Italiana Assicurazioni S.p.A., verificato che l'*Assicurato* sia invalido, provvede all'erogazione della *prestazione* prevista entro 2 mesi dalla data dell'accertamento, indicata sul verbale della visita medico-legale.

17.3.7. Ulteriori informazioni sulla garanzia complementare invalidità permanente
La durata della *garanzia complementare invalidità permanente*, la frequenza del versamento dei *premi* sono gli stessi previsti per *l'assicurazione* base alla quale la *copertura* facoltativa è abbinata.

Il *premio* della *garanzia complementare* è calcolato in base alla durata contrattuale e all'*età* dell'*Assicurando*.

La sospensione del pagamento dei *premi* comporta la contestuale interruzione del pagamento dei *premi* di quella complementare, che decade, trascorso il periodo di *copertura* relativo all'ultimo *premio* pagato.

Qualora il *Contraente* decida di sospendere i versamenti, terminato il periodo di *copertura* per il quale sia stato pagato il *premio*, la garanzia decade, fino a un'eventuale *riattivazione* della stessa.

In caso di *riattivazione* della garanzia base anche quella complementare, scelta alla sottoscrizione della *Proposta*, viene rimessa in vigore. Non è possibile riattivare esclusivamente quest'ultima.
Nel caso in cui si intenda riattivare la garanzia, sono previsti di nuovo un periodo di *carenza* di 6 mesi e la compilazione e la sottoscrizione del *Questionario* Sanitario.
Nel caso in cui lo stato di salute dell'*Assicurato*, le sue attività professionali e sportive rendessero necessaria l'applicazione di un *sovrappremio*, la *garanzia complementare invalidità permanente* potrebbe non essere prestata. In tal caso, il contratto potrà essere riattivato limitatamente a quanto previsto dalla garanzia base.

Non è ammesso il pagamento del *premio* della sola *garanzia complementare*.

Nel caso in cui alla scadenza del contratto non si sia verificata l'*invalidità permanente* dell'*Assicurato* o in caso di sospensione del pagamento dei *premi*, nulla è dovuto e i *premi* pagati resteranno acquisiti da *Italiana Assicurazioni S.p.A.*

17.3.8. Collegio arbitrale

Nel caso in cui l'*invalidità* non venga riconosciuta da Italiana Assicurazioni S.p.A., il *Contraente* ha facoltà, entro 30 giorni dalla comunicazione, di richiedere a mezzo posta raccomandata alla Direzione Vita e Welfare di Italiana Assicurazioni S.p.A. la valutazione di un Collegio arbitrale, composto da tre medici, di cui uno nominato da Italiana Assicurazioni S.p.A., l'altro dal *Contraente* ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio arbitrale. Il Collegio arbitrale risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni più vicino alla residenza dell'*Assicurato*. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

17.3. GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA DREAD DISEASE

I seguenti articoli integrano le Condizioni di Assicurazione e si applicano soltanto alla garanzia complementare *Dread Disease*, che può essere scelta esclusivamente alla sottoscrizione della *Proposta*.
Tale garanzia è facoltativa e dunque ha validità solo se espressamente scelta dal *Contraente* e selezionata nella *Proposta*.
In corso di contratto, l'Assicurato ha la facoltà di rinunciarvi mantenendo in vigore la garanzia principale.

17.4.1. In cosa consiste la garanzia

La garanzia *Dread Disease* prevede la corresponsione della somma assicurata indicata nella *Proposta* in caso di diagnosi certa di una delle gravi patologie di seguito riportate a condizione che la stessa abbia comportato una *invalidità permanente* dell'assicurato non inferiore al 5%:

A. CANCRO

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico e/o di radioterapia e/o di chemioterapia.
È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.
Dalla garanzia sono esclusi:

- tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi;
- qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
- tutti i tumori della pelle ad eccezione del melanoma maligno, salvo quanto previsto dal punto successivo;
- melanomi uguali o inferiori a 1.0 mm e istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o inferiore a T1aNOMO;
- tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2NOMO;
- tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1NOMO dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
- qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compresi tra gli altri, linfoma o sarcoma di Kaposi;
- tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza.

B. INFARTO

L'infarto del miocardio è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a malattia coronarica.
La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

- sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio;
- nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente
- alla data di decorrenza del contratto;
- tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca.

L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 (tre) volte il valore di riferimento del laboratorio.

Angina e altre forme di sindrome coronarica acute sono escluse.

C. ICTUS

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo almeno tre mesi dalla data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un ictus nuovo.

Si intendono esclusi:

- attacco ischemico transitorio (TIA);
- danni cerebrali dovuti ad infortunio, infezione, vasculite, malattia infiammatoria o emicrania;
- disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;
- disturbi ischemici del sistema vestibolare;
- ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

D. INSUFFICIENZA RENALE

L'insufficienza renale totale ed irreversibile di entrambi i reni. È necessaria prova che l'Assicurato si sottoponga a emodialisi renale continua e la dialisi deve essere ritenuta necessaria da un nefrologo.
Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea.
Non è, inoltre, coperta l'insufficienza renale monolaterale.

E. TRAPIANTO D'ORGANO

L'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di cuore, polmone, fegato, rene, pancreas. È altresì coperto l'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di midollo osseo se è ritenuto clinicamente indispensabile ed è certificato da relativo specialista.
Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento di insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.
Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo e di cellule insulari.

F. INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

L'effettivo sottoporsi ad intervento chirurgico a cuore aperto con toracotomia mirato a correggere il restringimento o l'occlusione di una o più arterie coronarie tramite l'innesto di by-pass.
Prima dell'intervento è necessario fornire una prova angiografica di coronaropatia ostruttiva. Inoltre, l'innesto di by-pass aortocoronarico deve essere ritenuto come il trattamento più idoneo da parte del cardiologo di riferimento dell'Assicurato.
Si intendono esclusi dalla garanzia:

- l'angioplastica a palloncino (PTCA)
- il cateterismo del cuore
- la risoluzione chirurgica tramite laser e tutte le altre tecniche cateterali intra-arteriose
- le procedure di by-pass aortocoronarico mini-invasive o endoscopiche.

G. SCLEROSI MULTIPLA

Diagnosi inequivocabile formulata da un neurologo specialista (primario o aiuto) di Clinica o Istituto Universitario di Neurologia che soddisfa entrambi i seguenti criteri:

- presenza di un deficit neurologico funzionale permanente con prove oggettive di compromissione della coordinazione e della funzione senso-motoria, presente in maniera continua da almeno sei mesi consecutivi;
- la diagnosi deve essere confermata da indagini neurologiche oggettive quali puntura lombare, PVE, PAE, e corredata di una risonanza magnetica che conferma la presenza di lesioni al sistema nervoso centrale.

H. MALATTIA DEI MOTONEURONI (COMPRESA SLA)

Diagnosi di malattia dei motoneuroni da parte di uno specialista neurologo (primario o aiuto) di clinica o Istituto universitario di neurologia come atrofia muscolare spinale, paralisi bulbare progressiva, sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o sclerosi laterale

primaria. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.

17.4.2. Prestazioni

Nel caso in cui l'*Assicurato,* durante il periodo di *copertura* della garanzia, contragga una grave patologia tra quelle elencate nel paragrafo precedente, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* liquiderà all'*Assicurato* il capitale prescelto dal *Contraente* per questa garanzia con il limite massimo di 100.000,00 euro.
Il diritto alla liquidazione del capitale per la garanzia complementare *Dread Disease* è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a eredi o aventi causa. L'*Assicurato* matura il diritto alla liquidazione del capitale dopo 30 giorni dalla diagnosi e tale diritto resta comunque acquisito anche in caso di decesso dell'Assicurato oltre tale periodo purché la denuncia sia stata effettuata nei termini previsti all'articolo 17.4.4.

Italiana Assicurazioni S.p.A. comunica all'*Assicurato* l'esito del sinistro, avvalendosi del parere del consulente medico della Società, specificando se intende riconoscere o meno l'indennizzo di grave patologia.
In caso di riconoscimento, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* procede alla liquidazione della somma assicurata entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta.

In caso di liquidazione della prestazione prevista dalla complementare *Dread Disease*, il contratto rimane in vigore per la garanzia base e per le altre garanzie complementari facoltative eventualmente sottoscritte.

17.4.3. Limiti di copertura

La *garanzia Dread Disease* è riservata ad *Assicurati* con *età assicurativa* non superiore a 65 anni alla scadenza contrattuale.

La garanzia complementare *Dread Disease* decade nel caso in cui sia stata sottoscritta la complementare *invalidità permanente* e venga riconosciuto lo stato di *invalidità permanente* oppure nel caso in cui sia accertato lo stato di malattia terminale (*Terminal Illness*).

Periodo di qualificazione
Qualora l'*Assicurato* deceda nei 30 giorni successivi alla diagnosi, non è previsto il pagamento della prestazione relativa la garanzia complementare facoltativa *Dread Disease*.

Esclusioni
La garanzia non opera se la grave patologia risulta direttamente o indirettamente causata da:

- malattie o condizioni patologiche pregresse, precedenti la data di effetto dell'assicurazione;
- dolo del Contraente;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- tentativo di suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- guerre ed insurrezioni in genere;
- pratica di sport estremi, di paracadutismo e sport aerei in genere (ad esempio deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio e simili);
- speleologia;
- immersioni subacquee, idrosci;
- automobilismo, motociclismo, motonautica;
- snowkite, salto del trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, bob-slittino-skeleton praticati su pista, alpinismo oltre il 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo. Per alpinismo / free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza l'assicurazione garantita da un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A. (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) o altra patologia ad essa collegata.

La garanzia non opera se la grave patologia risulta direttamente o indirettamente causata da infortuni subiti dall'Assicurato in qualità di:

- membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

Inoltre, il contratto non prevede il pagamento di alcuna prestazione in relazione a qualsiasi delle gravi patologie coperte di cui l'*Assicurato* abbia sofferto o sia stata diagnosticata prima dell'inizio della copertura. Ai fini della presente esclusione, Infarto, Ictus e innesto di by-pass aortocoronarico pregressi vengono considerati come un'unica malattia, vale a dire se l'*Assicurato* ha subito un infarto prima dell'entrata in vigore del contratto non avrà diritto alla liquidazione di alcuna prestazione per un futuro infarto o ictus o by-pass aortocoronarico e viceversa.

Carenza

Italiana Assicurazioni S.p.A. applicherà un periodo di carenza di 6 mesi. Nessuna prestazione verrà pagata per la garanzia *Dread Disease* se durante i primi 6 mesi dalla data di *conclusione del contratto*:

- l'Assicurato presentasse segni e/o sintomi o si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una delle gravi patologie coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi;
- all'Assicurato venisse diagnosticato una delle gravi patologie coperte.

17.4.4. Documentazione richiesta/Denuncia del sinistro

La documentazione che l'*Assicurato* o il *Contraente* o altra persona in sua vece deve presentare in caso di sinistro dipende dalla grave patologia per la quale la garanzia *Dread Disease* è prestata, come espressamente indicato nell'art. 17.4.1.
Per avere diritto alle prestazioni offerte dalla garanzia *Dread Disease*, il *Contraente*, l'*Assicurato* o altra persona in sua vece, a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi alla diagnosi, deve:

- denunciare la grave patologia (tra quelle indicate all'art. 17.4.1) all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla sede di *Italiana Assicurazioni S.p.A.,* entro 180 giorni dalla data della diagnosi mediante avviso scritto. Trascorso questo termine *Italiana Assicurazioni S.p.A.* può rifiutare la liquidazione della somma assicurata della garanzia *Dread Disease*;
- inviare a Italiana Assicurazioni S.p.A., con la denuncia del sinistro:
  - la documentazione sanitaria indicata per la grave patologia (tra quelle indicate all'art. 17.4.1) oggetto del sinistro;
  - la dichiarazione del medico specialista che attesti lo stato di salute dell'Assicurato;
  - le cartelle cliniche complete riferite alla grave patologia oggetto del sinistro;
  - il certificato esistenza in vita dell'*Assicurato*.

A richiesta di *Italiana Assicurazioni S.p.A.* l'*Assicurato* o il *Contraente*, o altra persona in sua vece, pena la perdita di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione, ha l'obbligo di:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta da *Italiana Assicurazioni S.p.A.* per l'accertamento dello stato di grave *patologia*;
- fornire ogni ulteriore documentazione che *Italiana Assicurazioni S.p.A.* ritenesse opportuno richiedere;
- consentire *a Italiana Assicurazioni S.p.A.* di accertare con medici di sua fiducia lo stato di malattia dell'*Assicurato*.

17.4.5. Ulteriori informazioni sulla garanzia complementare Dread Disease

La durata della *garanzia complementare Dread Disease*, la frequenza del versamento dei *premi* sono gli stessi previsti per *l'assicurazione* base alla quale la *copertura* facoltativa è abbinata.

Il *premio* della *garanzia complementare* è calcolato in base alla durata contrattuale e all'*età* dell'*Assicurando*.

La sospensione del pagamento dei *premi* comporta la contestuale interruzione del pagamento dei *premi* di quella complementare, che decade, trascorso il periodo di *copertura* relativo all'ultimo *premio* pagato.

Qualora il *Contraente* decida di sospendere i versamenti, terminato il periodo di *copertura* per il quale sia stato pagato il *premio*, la garanzia decade, fino a un'eventuale *riattivazione* della stessa.

In caso di *riattivazione* della garanzia base anche quella complementare, scelta alla sottoscrizione della *Proposta*, viene rimessa in vigore. Non è possibile riattivare esclusivamente quest'ultima.
Nel caso in cui si intenda riattivare la garanzia, sono previsti di nuovo un periodo di *carenza* di 6 mesi e la compilazione e la sottoscrizione del *Questionario* Sanitario.
Nel caso in cui lo stato di salute dell'*Assicurato*, le sue attività professionali e sportive rendessero necessaria l'applicazione di un *sovrappremio*, la *garanzia Dread Disease* potrebbe non essere prestata. In tal caso, il contratto potrà essere riattivato limitatamente a quanto previsto dalla garanzia base.

Non è ammesso il pagamento del *premio* della sola *garanzia complementare*.
Nel caso in cui alla scadenza del contratto non si sia verificata nessuna delle gravi patologie coperte della garanzia complementare, o in caso di sospensione del pagamento dei *premi*, nulla è dovuto e i *premi* pagati resteranno acquisiti da *Italiana Assicurazioni S.p.A.*.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

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

Mod. VITCC78347

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) Tel. +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutinitaliana@italiana.it - Capitale sociale € 57.626.357,25 i.v. - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale 00774430151, Partita IVA n. 11998320011 - R.E.A. Milano n. 7851 Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al n. 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione e appartenente a Reale Group, iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.