Domino Elite

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

REALE GROUP

ITALIANA ASSICURAZIONI

TOGETHERMORE 130°

Domino Elite

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

mod. VITCC70013 Ed. 11/2019

CONTATTI UTILI

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

AREA RISERVATA

All'indirizzo www.italiana.it è possibile accedere all'Area Riservata per consultare il dettaglio delle polizze e tenere sotto controllo le scadenze.
È possibile consultare tale Area anche tramite l'App Italiana Mobile.
L'accesso è gratuito previa la registrazione.

INTRODUZIONE

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

INDICE

GLOSSARIO 1

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 1

1. PRESTAZIONI 1

2. LIMITI DI COPERTURA 2

3. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO 3

4. QUANDO E COME DEVO PAGARE 5

5. DURATA DEL CONTRATTO 6

6. REVOCA E RECESSO DAL CONTRATTO 7

7. RISCATTO 7

8. COSTI 7

9. REGIME FISCALE 8

10. RECLAMI 8

11. CONFLITTI DI INTERESSE 9

12. DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO 10

13. IMPIGNORABILITÀ E INSEQUESTRABILITÀ 10

14. CESSIONE, PEGNO E VINCOLO 10

15. FORO COMPETENTE 10

16. GARANZIE COMPLEMENTARI E FACOLTATIVE 10

GLOSSARIO

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

ADEGUATEZZA
Caratteristica individuata dalla normativa in base alla quale la Società, tramite i suoi intermediari, è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale informazioni utili se il contratto offerto è adatto alle sue esigenze e propensione al rischio.

ANNO ASSICURATIVO
Periodo che intercorre tra due ricorrenze anniversarie della decorrenza contrattuale.

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

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

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

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

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.

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

CONTRAENTE
Persona fisica o giuridica, che sottoscrive il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

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

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

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

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

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

DIRITTO PROPRIO (DEL BENEFICIARIO)
Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

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

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

IMPIGNORABILITA' E INSEQUESTRABILITA'

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

ITALIANA ASSICURAZIONI

La Compagnia Italiana di Previdenza, Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A. (definita in seguito Italiana Assicurazioni), iscritta al Registro Imprese Milano, Codice Fiscale N. 00774430151 e Partita IVA N.11998320011– R.E.A. Milano N. 7851. Società con unico socio: Società Reale Mutua di Assicurazioni – Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni. Iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione ed appartenente al Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi. Sede Legale e Direzione Generale: Via Traiano, 18 – 20149 MILANO ITALIA.

IVASS

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

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.

POLIZZA

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

PREMIO ANNUO

Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsti dal contratto la cui prestazione iniziale tiene già conto di tutti i premi del piano.

PREMIO UNICO

Importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica alla società al momento della conclusione del contratto.

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.

RECESSO (O RIPENSAMENTO)

Diritto del Contraente di sciogliersi dal vincolo contrattuale e farne conseguentemente cessare gli effetti, mediante dichiarazione unilaterale comunicata all'Impresa di Assicurazione.

REVOCA DELLA PROPOSTA

Diritto del Contraente di ritirare, prima della conclusione del contratto, la Proposta previamente sottoscritta.

RIATTIVAZIONE

Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

RISERVA MATEMATICA

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

SEPA

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

La SEPA è costituita da:

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

SET INFORMATIVO

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

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

SINISTRO

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

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).

UBRIACHEZZA

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

VINCOLATARIO

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. PRESTAZIONI

CASO MORTE

GARANZIA BASE

Al momento del decesso dell'*Assicurato*, nel corso della *durata* del contratto, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* liquiderà ai *Beneficiari* designati dal *Contraente* il capitale assicurato. Il capitale massimo assicurabile è pari a 300.000,00 euro.

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

GARANZIE COMPLEMENTARI

- garanzia complementare *infortuni* (INF5) in caso di decesso dell'*Assicurato* (garanzia facoltativa alternativa alla INF6): 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.* garantisce, ai *Beneficiari* designati, il pagamento di un importo pari al capitale assicurato per la garanzia base;
- garanzia complementare *infortuni* (INF6) in caso di decesso dell'*Assicurato* (garanzia facoltativa alternativa alla INF5): in caso di decesso dell'*Assicurato* durante il periodo di copertura della garanzia in seguito a i*nfortunio* derivante da qualsiasi causa ad eccezione di incidente stradale, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* garantisce, ai *Beneficiari* designati, il pagamento di un importo pari al capitale assicurato per la garanzia base. Nel caso l'*infortunio* mortale sia conseguente a incidente stradale, questa garanzia prevede il pagamento di un importo pari al doppio del capitale assicurato per la garanzia base;
- garanzia complementare invalidità (D5) (riservata ad *Assicurati* di età non superiore a 65 anni alla scadenza contrattuale): 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 superiore al 66,00%, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* garantisce, ai *Beneficiari* designati, il pagamento di un importo pari al capitale assicurato per la garanzia base,
- *prestazione* complementare compresa nel contratto: la sottoscrizione di "Domino Elite" dà diritto ad un'ulteriore estensione di garanzia completamente gratuita denominata "Terminal Illness" ("Malattia Terminale"). In forza di questa garanzia, qualora all'*Assicurato* venga diagnosticata una grave malattia che comporti un'aspettativa di vita di 6 mesi o meno, la Società provvederà al pagamento immediato del capitale previsto dall'assicurazione temporanea di base. La *durata* di questa estensione di garanzia è pari a quella della temporanea di base stessa diminuita di 1 anno.

A seconda dello stato di salute e dell'abitudine al fumo, l'*Assicurato* può aderire a una delle seguenti tariffe:

- ITA_1B03B: la tariffa B03D è riservata alla sottoscrizione da parte di *Assicurati non fumatori*, in buono stato di salute e con pressione arteriosa, colesterolo e indice di massa corporea compresi in prefissati intervalli di valori (di seguito denominati *Assicurati* "in forma") specificati all'articolo 16.1.2 delle *Condizioni di Assicurazione*;
- ITA_1B02B: l'assenza di uno solo dei requisiti sopra elencati (ad eccezione dello stato di non fumatore) comporta l'applicazione delle condizioni previste dalla tariffa ITA_1B02B, dedicata ad *Assicurati* "*non fumatori*".
- ITA_1B01B: l'*Assicurato* che ha fumato nel corso dei 12 mesi precedenti la data di decorrenza del contratto di assicurazione può accedere alla tariffa ITA_1B01B, dedicata ad *Assicurati* "fumatori".

2. LIMITI DI COPERTURA

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

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

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso 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.*

Prima della sottoscrizione leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute in *Proposta* relative alla compilazione del *Questionario* sanitario.

2.1. CARENZA

Per *Assicurati* con età assicurativa inferiore a 60 anni qualora il decesso avvenga entro i primi 6 mesi dal *perfezionamento* del contratto, nulla è dovuto.
Italiana Assicurazioni S.p.A. non applicherà entro i primi 6 mesi dal *perfezionamento* del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

a. di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del contratto: 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;
b. di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto;
c. di *infortunio* avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per *infortunio* l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso dell'*Assicurato* avvenga entro i primi 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.

È obbligatorio compilare e sottoscrivere il *Questionario* sanitario.
Per gli *Assicurati* con età assicurativa uguale o maggiore a 60 anni, sono sempre obbligatori gli accertamenti sanitari.
Italiana Assicurazioni S.p.A. può richiedere accertamenti ulteriori rispetto a quelli previsti, in base alle informazioni rilasciate con il *Questionario* sanitario. 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.

3. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

3.1. CONCLUSIONE ED ENTRATA IN VIGORE DEL CONTRATTO

Il *Contraente* deve:
1. compilare e firmare il Questionario di valutazione delle richieste ed esigenze del *Contraente*,
2. compilare e firmare il Modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela, nei casi previsti dalla normativa in vigore;

- compilare e firmare il *Modulo di Proposta* comprensiva del *Questionario* sanitario, fornendo i propri dati anagrafici e quelli dell'*Assicurato* designando i *Beneficiari* e indicando l'ammontare del premio che vuole versare;
- prendere visione e sottoscrivere il Modulo relativo all'Informativa sulla Privacy (che dovrà essere firmato anche dall'*Assicurato*, se diverso dal *Contraente*);
- in caso siano necessari accertamenti sanitari, allegare i relativi referti (l'elenco degli esami richiesti è disponibile presso l'Agenzia);
- sottoscrivere il contratto;
- versare il premio.

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

Il contratto può essere stipulato soltanto da Contraenti domiciliati nello Spazio Economico Europeo (comprensivo degli Stati Membri dell'Unione Europea, di Islanda, Liechtenstein, Norvegia e San Marino). In caso contrario, la *polizza* non può essere emessa.

3.2. INOLTRO DELLE COMUNICAZIONI A ITALIANA ASSICURAZIONI

Comunicazioni di revoca e recesso

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

Comunicazioni in corso di contratto

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

Comunicazioni di variazione della residenza

Nel caso in cui il *Contraente*, nel corso della *durata* del contratto, trasferisca la propria residenza in qualunque altro Stato, è obbligato a comunicarlo a *Italiana Assicurazioni S.p.A.* a mezzo lettera entro 30 giorni dal trasferimento. Si ricorda che il trasferimento di residenza potrebbe comportare un ulteriore onere al *Contraente*, se previsto dall'Autorità dello Stato estero della nuova residenza. Qualora il *Contraente* ometta di comunicare tale variazione, la Società potrà richiedere allo stesso il pagamento di un importo pari a quello che *Italiana Assicurazioni S.p.A.* abbia eventualmente versato all'Autorità dello Stato estero.
Il *Contraente* si obbliga altresì a comunicare alla Società il trasferimento del proprio domicilio, se persona fisica, o della sede o stabilimento cui sono addette le persone assicurate, se persona giuridica, in Stato diverso da quello indicato al momento della stipula della *polizza*.

3.3. DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER I PAGAMENTI

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

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

Vengono di seguito elencati i documenti richiesti:

- 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 c.c.

3.5. DESIGNAZIONE BENEFICIARI E REFERENTE TERZO

Il *Contraente* designa i *Beneficiari* e può, in qualsiasi momento, revocarli o modificarli rivolgendosi all'Agenzia competente o tramite raccomandata a *Italiana Assicurazioni S.p.A.* o per testamento.

La designazione dei *Beneficiari* non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

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

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

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

4. QUANDO E COME DEVO PAGARE

4.1 PAGAMENTO DEI PREMI

Il premio è calcolato in base alle garanzie prestate (e, in particolare, alla scelta delle garanzie complementari), alla loro *durata* e ammontare del capitale assicurato, all'età dell'*Assicurato*, al suo stato di salute, alla sua eventuale abitudine al fumo e alle sue attività sportive e professionali. In base allo stato di salute dell'*Assicurato,* alle sue attività professionali e sportive svolte, potrebbe essere necessaria l'applicazione di un *sovrappremio*, dovuto all'aggravamento del rischio assuntivo, oppure le garanzie potrebbero non essere prestate.
Il contratto prevede il pagamento di un piano di *premi annui* costanti. 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 e con i limiti di premio minimo di seguito specificati:

con periodicità mensile:	5,00 euro
con periodicità trimestrale:	15,00 euro
con periodicità semestrale:	30,00 euro
con periodicità annuale:	60,00 euro

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

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

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

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

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

Si precisa che, nel caso in cui il *Contraente* non effettui il pagamento entro 30 giorni dalla *decorrenza* del contratto o dalle successive ricorrenze previste per il pagamento dei premi successivi al primo, è prevista la risoluzione di diritto del contratto.

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

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

4.2 SOSPENSIONE E RIPRESA DEI PAGAMENTI DEI PREMI

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.*

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. DURATA DEL CONTRATTO

Il *Contraente*, in relazione agli obiettivi perseguiti, sceglie la *durata* che può variare da un minimo di 1 ad un massimo di 30 anni.

6. REVOCA E RECESSO DAL CONTRATTO

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

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

7. RISCATTO

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

8. COSTI

Di seguito vengono elencati i costi prelevati dai premi versati:

Caricamento per spese di emissione del contratto	15,00 euro
Caricamento per spese di emissione per premi successivi	2,00 euro
Caricamento proporzionale al premio	20,00% del premio netto
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.

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

	Età	
Capitale assicurato	da 18 a 60 anni	Oltre i 60 anni
fino a 150.000,00 euro	50,00 euro	50,00 euro
da 150.000,01 a 300.000,00 euro	50,00 euro	100,00 euro

Le eventuali eccedenze a suddetto importo sono a carico dell'*Assicurato*.
Sono esclusi dal contributo i costi derivanti dagli accertamenti specifici previsti per la sottoscrizione della tariffa ITA_1B03B.

9. REGIME FISCALE

In vigore alla redazione delle presenti Condizioni di Assicurazione.

A) Regime fiscale dei premi

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

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

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

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

10. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei *sinistri* devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Benvenuti in Italiana" – Italiana Assicurazioni, via Marco Ulpio Traiano 18, 20149 Milano - Numero Verde 800 10 13 13 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20) - fax 02 39717001- e-mail: benvenutinitaliana@italiana.it.
La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'*IVASS* con una delle seguenti modalità:

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

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

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

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

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

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

Informiamo che su www.italiana.it. è disponibile un'Area Riservata che permetterà di consultare la propria posizione assicurativa (come previsto dal Provvedimento *IVASS* n. 7 del 16 luglio 2013) e di usufruire di altre comode 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. 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.

13. 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.

14. 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*.

15. FORO COMPETENTE

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

16. GARANZIE COMPLEMENTARI E FACOLTATIVE

16.1. CONDIZIONI DI ACCESSO ALLE TARIFFE

16.1.1. Definizione di Assicurato "non fumatore" e "fumatore"

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

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

16.1.2. Definizione di Assicurato "in forma"

L'*Assicurato* si trova nello stato "in forma" a seguito dell'accertamento dello stato di buona salute, effettuato tramite:

A) la compilazione e la sottoscrizione del *Questionario* sanitario dal quale non devono essere rilevati particolari aggravamenti del rischio assuntivo;

B) il calcolo dell'indice di massa corporea (IMC) che deve essere compreso fra i valori 19 e 27.

L'indice è determinato in base al rapporto fra peso e altezza elevata al quadrato:

IMC = [peso/(altezza)^2] con peso e altezza espressi in chilogrammi (Kg) e metri (m) con 2 cifre decimali;

C) la rilevazione della pressione arteriosa che deve essere compresa fra i seguenti valori:

pressione minima tra 60 e 85 mm Hg
pressione massima tra 90 e 130 mm Hg;
D) la rilevazione del tasso di colesterolo che deve risultare inferiore a 240 mg/dl.

Gli accertamenti richiesti ai punti B), C), D) devono risultare da esami medici effettuati non antecedentemente i 3 mesi precedenti la *decorrenza* del contratto. Tali accertamenti possono generalmente essere svolti presso numerose farmacie, senza la necessità di rivolgersi a particolari strutture sanitarie.
I referti con gli esiti devono essere allegati alla *Proposta* nell'apposita sezione e l'*Assicurato* deve autocertificare che si riferiscano alla propria persona.

16.1.3. Modifica delle abitudini relative al fumo in corso di contratto: passaggio dallo stato di "non fumatore" (o "in forma") a quello di "fumatore" e viceversa

Il *Contraente* e l'*Assicurato* nel caso in cui quest'ultimo alla sottoscrizione del contratto abbia dichiarato di essere un "*non fumatore*" (o "in forma") e, successivamente, abbia iniziato o ripreso a fumare, sono tenuti 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, occorso 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" alla sottoscrizione del contratto, successivamente 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, a partire dalla ricorrenza annuale seguente la comunicazione, le condizioni spettanti ai "*non fumatori*" (o "in forma", qualora l'esito degli accertamenti sia conforme a quanto richiesto).

Non è considerato "in forma" colui che, pur avendo superato con esito positivo gli esami indicati, presenti un rischio da assicurare aggravato dal punto di vista sanitario. In quest'ultimo caso, l'*Assicurato* potrà accedere alla tariffa riservata ad *Assicurati* "*non fumatori*".

16.2. GARANZIA COMPLEMENTARE INFORTUNI

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

Il capitale assicurato per tale garanzia è pari al capitale assicurato per la garanzia base.

16.2.1. 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*.

16.2.2. Premi

La *durata* della garanzia complementare infortuni, la frequenza del versamento dei premi e il capitale assicurato 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*, che decade trascorso il periodo di copertura relativo all'ultimo premio pagato.

In caso di *riattivazione* della garanzia base anche quella complementare, scelta alla sottoscrizione del contratto, viene rimessa in vigore. Non è possibile *riattivare* esclusivamente quest'ultima.
Non è ammesso il pagamento del premio della sola garanzia complementare.

In caso di sopravvivenza dell'*Assicurato* 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.*

16.2.3. Prestazioni
Sono previste, in alternativa, le seguenti *prestazioni*:

- garanzia complementare *infortuni* (INF5) in caso di decesso dell'*Assicurato* (garanzia facoltativa alternativa alla INF6):
  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.* garantisce, ai *Beneficiari* designati, il pagamento di un importo pari al capitale assicurato per la garanzia base;
- garanzia complementare *infortuni* (INF6) in caso di decesso dell'*Assicurato* (garanzia facoltativa alternativa alla INF5):
  in caso di decesso dell'*Assicurato* durante il periodo di copertura della garanzia in seguito a *infortunio* derivante da qualsiasi causa ad eccezione di incidente stradale, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* garantisce, ai *Beneficiari* designati, il pagamento di un importo pari al capitale assicurato per la garanzia base. Nel caso l'*infortunio* mortale sia conseguente a incidente stradale, questa garanzia prevede il pagamento di un importo pari al doppio del capitale assicurato per la garanzia base.

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

16.2.4. 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*.
Qualora non siano previsti gli accertamenti sanitari, la garanzia complementare *infortuni* è valida anche durante il previsto periodo di carenza.

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.

16.2.5. 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.

16.2.6. 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.

16.2.7. 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.

16.3. GARANZIA COMPLEMENTARE INVALIDITA'

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

Tale garanzia è facoltativa e, dunque, ha validità solo se espressamente selezionata nel *Modulo di Proposta*.
In corso di contratto, l'*Assicurato* ha la facoltà di rinunciarvi mantenendo in vigore la garanzia principale.

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.

16.3.1. 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 superiore al 66,00%, intendendo tale valutazione effettuata sulla base della tabella allegata al DPR 1124 del 30/06/65 (Tabella INAIL).

16.3.2. Premi

La *durata* della garanzia complementare invalidità, la frequenza del versamento dei premi e il capitale assicurato 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'*Assicurato*.
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.

In caso di *riattivazione* della garanzia base anche quella complementare, scelta alla sottoscrizione del contratto, viene rimessa in vigore. Non è possibile riattivare esclusivamente quest'ultima.

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

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

16.3.3. 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 superiore al 66,00%, *Italiana Assicurazioni S.p.A.* garantisce, ai *Beneficiari* designati, il pagamento di un importo pari al capitale assicurato per la garanzia base.

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

Nel caso in cui, in seguito all'accertamento dello stato d'invalidità, sopraggiunga il decesso dell'*Assicurato* antecedentemente alla liquidazione della *prestazione* prevista in caso d'invalidità, viene pagata esclusivamente la *prestazione* prevista dal contratto per il caso di morte.
La liquidazione della *prestazione* in caso di accertamento dello stato di invalidità, qualora sia stata scelta la relativa garanzia, prevede la contestuale risoluzione del contratto e nulla più è dovuto in caso di successivo decesso dell'*Assicurato*.

16.3.4. 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 16.3.1., 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.

16.3.5. 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 16.3.1.
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.

16.3.6. Collegio arbitrale

In caso di divergenza sul riconoscimento dell'invalidità permanente, 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 dove 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 di legge, a maggioranza di voti e sono vincolanti per le *parti*, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

16.4. CONDIZIONI DELL'ASSICURAZIONE "TERMINAL ILLNESS"

16.4.1 - OGGETTO E DEFINIZIONE DI "TERMINAL ILLNESS"

Nel caso in cui venga diagnosticata all'*Assicurato* una malattia terminale che, a giudizio del medico fiduciario di *Italiana Assicurazioni S.p.A.*, concorde con il medico curante dell'*Assicurato*, comporti un'aspettativa di vita dell'*Assicurato* di sei mesi o meno, la Società garantisce all'*Assicurato* il pagamento immediato del capitale previsto dall'assicurazione temporanea per il caso di morte, in vigore al momento del riconoscimento dello stato di malattia terminale. La comunicazione di diagnosi della malattia terminale deve avvenire entro la data di scadenza indicata all'art. 16.1.3.

16.4.2 - COSTO DELL'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE" TERMINAL ILLNESS"

Nessun costo aggiuntivo è previsto per la presente assicurazione complementare.

16.4.3 - DURATA E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La *durata* dell'assicurazione "Terminal Illness" è uguale alla *durata* dell'assicurazione temporanea per il caso di morte di base, diminuita di un anno. La presente assicurazione si intende comunque risolta qualora il *Contraente*, per qualunque motivo, interrompa il pagamento dei premi relativi alla garanzia base. La copertura assicurativa potrà essere riattivata in base a quanto previsto nello specifico articolo delle condizioni di assicurazione della *polizza* base.

16.4.4 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

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

16.4.5 - DENUNCIA DELLO STATO DI MALATTIA TERMINALE

Qualora all'*Assicurato* venga diagnosticata una malattia terminale, il *Contraente* o l'*Assicurato* devono farne denuncia a *Italiana Assicurazioni S.p.A.* attraverso un apposito modulo trasmesso a mezzo raccomandata, redatto e firmato da un medico che attesti la diagnosi di malattia terminale, corredandolo con la relativa documentazione sanitaria. Nella fase di accertamento dell'avvenuta diagnosi di malattia terminale da parte della Società, il *Contraente* o l'*Assicurato*, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società ai fini del predetto accertamento. *Italiana Assicurazioni S.p.A.*, infine, si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia terminale con propri medici di fiducia.

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

Accertato lo stato di malattia terminale, la Società pagherà il capitale garantito dalla presente assicurazione complementare entro trenta giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione richiesta e delle eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.
L'assicurazione prevista dalla garanzia temporanea per il caso di morte di base, e le eventuali altre assicurazioni complementari, si estingueranno una volta eseguito il pagamento della presente assicurazione complementare.
Qualora, invece, la malattia non venisse riconosciuta come terminale, il *Contraente* sarà tenuto a proseguire il versamento dei premi relativi alla *polizza* base e alle eventuali altre assicurazioni complementari per la *durata* prevista.

16.4.7 - RICHIAMO ALLE CONDIZIONI DELLA GARANZIA BASE

Alla presente assicurazione complementare si applicano, per quanto qui non regolato, le condizioni di assicurazione della garanzia base di *polizza*.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

Mod. VITCC70013

REALE GROUP

ITALIANA ASSICURAZIONI

TOGETHERMORE 130°

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 al Gruppo Reale Mutua iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.