



Prodotto assicurativo di tipo polizza di rischio temporanea caso morte (Ramo I) a capitale e premio annuo costante

Condizioni di assicurazione Edizione Dicembre 2024 redatte secondo le Linee Guida per contratti semplici e chiari del Tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari

**Fideuram
Vita
Serena**



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PREMESSA

Le presenti Condizioni di assicurazione si applicano al prodotto assicurativo temporanea caso morte a capitale e a premio annuo costante denominato **Fideuram Vita Serena**.

Il prodotto prevede il pagamento di un capitale assicurato a favore dei Beneficiari, designati dal Contraente, in caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza del contratto.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto non è prevista alcuna prestazione a favore del Contraente e dei Beneficiari.

Il rischio morte è coperto per qualsiasi causa, senza limiti territoriali, ad eccezione delle limitazioni indicate nell'Art. 3 (Le limitazioni alle coperture assicurative (esclusioni e periodi di carenza)).

Il Contraente, in aggiunta alla Garanzia Base in caso di morte, può attivare, alla sottoscrizione del contratto, anche la Garanzia Complementare in caso di morte per infortunio (cosiddetta Garanzia MI) e/o la Garanzia Complementare insorgenza malattia grave (cosiddetta Garanzia IMG) in forma anticipativa della prestazione prevista per la Garanzia Base, disciplinate dalle presenti Condizioni di assicurazione.

Sono parte integrante delle Condizioni di Assicurazione:

- il **Glossario** che contiene la definizione dei termini assicurativi e tecnici utilizzati nella documentazione;
- il **fac-simile del Modulo di Proposta** che rappresenta un'esemplificazione della proposta di assicurazione effettivamente sottoscritta e presentata dal Contraente all'Impresa.

Tutta la documentazione è disponibile sul sito dell'Impresa www.fideuramvita.it nella pagina dedicata al prodotto e nell'Area Riservata Clienti.

Eventuali aggiornamenti della documentazione contrattuale saranno resi disponibili con le medesime modalità.

INDICE

Sezione prima: Le prestazioni assicurate

Art. 1	L'oggetto delle coperture assicurative	Pag.	3
Art. 2	Le persone assicurabili	"	4
Art. 3	Le limitazioni alle coperture assicurative (esclusioni e periodi di carenza)	"	5

Sezione seconda: Gli obblighi derivanti dal contratto

Art. 4	La modalità di ingresso in assicurazione	"	11
Art. 5	La conclusione del contratto e l'entrata in vigore dell'assicurazione	"	11
Art. 6	L'aggravamento del rischio per la garanzia complementare in caso di morte per infortunio	"	12
Art. 7	La denuncia dell'infortunio e gli obblighi relativi per la garanzia complementare in caso di morte per infortunio	"	12
Art. 8	L'aggravamento del rischio per la garanzia complementare insorgenza malattia grave	"	12
Art. 9	La denuncia del sinistro e gli obblighi relativi per la garanzia complementare insorgenza malattia grave	"	13
Art. 10	I pagamenti dell'Impresa e la documentazione richiesta	"	13
Art. 11	Termini di prescrizione del contratto	"	14

Sezione terza: Il premio

Art. 12	Il premio e la modalità di pagamento	"	14
Art. 13	La rivedibilità della copertura e del premio per la garanzia complementare insorgenza malattia grave	"	15

Sezione quarta: Gli aspetti contrattuali

Art. 14	La durata del contratto	"	16
Art. 15	La sospensione, la riattivazione e la risoluzione del contratto	"	16
Art. 16	La Revoca della proposta di assicurazione e il diritto di recesso del contratto	"	17
Art. 17	Il riscatto, il pegno ed il vincolo	"	18
Art. 18	La designazione dei Beneficiari	"	18

Sezione quinta: Le altre caratteristiche del contratto

Art. 19	La legge applicabile al contratto	"	19
Art. 20	Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente	"	19
Art. 21	Le controversie sulle garanzie complementari ed il ricorso al collegio di medici	"	19
Art. 22	La rinuncia all'azione di rivalsa per la garanzia complementare in caso di morte per infortunio	"	20
Art. 23	La non pignorabilità e la non sequestrabilità	"	20
Art. 24	Le tasse e le imposte	"	20

GLOSSARIO

SEZIONE PRIMA LE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 1 - L'oggetto delle Coperture Assicurative

1.1 La Prestazione Assicurata Garanzia Base

Il capitale assicurato della Garanzia Base viene stabilito dal Contraente alla sottoscrizione della proposta di assicurazione e può essere compreso tra € 50.000 euro e € 1.000.000. Per la determinazione del capitale assicurato si deve tenere conto anche dei capitali assicurati ancora in vigore su altri contratti caso morte emessi dall'Impresa in capo allo stesso Assicurato; complessivamente l'Impresa non può assicurare più di € 1.000.000.

L'Impresa, in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima della scadenza contrattuale, si impegna a pagare ai Beneficiari designati il capitale assicurato. Tale capitale, in caso di attivazione della Garanzia complementare insorgenza malattia grave, si intende al netto di quanto già eventualmente erogato a fronte della suddetta Garanzia complementare.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa e i premi pagati restano acquisiti da quest'ultima.

1.2 La Prestazione complementare facoltativa: Garanzia complementare in caso di morte per infortunio

Il Contraente alla stipula del contratto può aderire alla Garanzia complementare in caso di morte per infortunio dell'Assicurato (di seguito anche "Garanzia MI").

L'assicurazione complementare per il caso di morte per infortunio dell'Assicurato viene stipulata in base alle dichiarazioni rese all'Impresa dal Contraente e dall'Assicurato nella proposta di assicurazione e nel Questionario sanitario, professionale e sportivo e, ove previsto, sulla base del rapporto di visita medica redatto dal medico (di base o specialista) scelto dall'Assicurato e gli eventuali accertamenti sanitari che si rendessero necessari.

L'Impresa stabilisce le condizioni di accettazione del rischio in relazione allo stato di salute, all'attività professionale e sportiva dell'Assicurato.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione della copertura, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

La Garanzia MI entra in vigore contemporaneamente alla Garanzia Base e non potrà più essere successivamente modificata né revocata.

È considerato infortunio mortale l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva la di lui morte, purché questa, quando non sia immediata, si verifichi entro due anni dall'evento.

La Garanzia MI prevede il pagamento ai Beneficiari di un capitale aggiuntivo rispetto a quello previsto dalla Garanzia Base, di importo pari:

- in caso di morte dell'Assicurato per infortunio non di tipo stradale, al capitale assicurato della Garanzia MI;
- in caso di morte dell'Assicurato per infortunio di tipo stradale, al doppio del capitale assicurato della Garanzia MI.

Il capitale assicurato della Garanzia MI è pari a:

- il capitale assicurato della Garanzia Base, se tale capitale risulta pari o inferiore e € 500.000;
- € 500.000, se il capitale assicurato della Garanzia Base è superiore a tale importo.

Per la determinazione del capitale assicurato della Garanzia MI si deve tenere conto anche dei capitali assicurati su altri contratti caso morte emessi dall'Impresa in capo allo stesso Assicurato e ancora in vigore.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa per la Garanzia MI e i premi pagati restano acquisiti da quest'ultima.

1.3 Prestazione complementare facoltativa: Garanzia complementare insorgenza malattia grave

Il Contraente alla stipula del contratto può aderire alla Garanzia complementare insorgenza malattia grave dell'Assicurato (di seguito anche "Garanzia IMG").

L'assicurazione complementare per il caso di insorgenza malattia grave viene stipulata in base alle dichiarazioni rese all'Impresa dal Contraente e dall'Assicurato nella proposta di assicurazione e nel Questionario sanitario, professionale e sportivo e, ove previsto, sulla base del rapporto di visita medica redatto dal medico (di base o specialista) scelto dall'Assicurato e gli eventuali accertamenti sanitari che si rendessero necessari.

L'Impresa stabilisce le condizioni di accettazione del rischio in relazione allo stato di salute, all'attività professionale e sportiva dell'Assicurato.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione della copertura, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore della Garanzia IMG il contratto non è più contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o malafede.

La Garanzia IMG entra in vigore contemporaneamente alla Garanzia Base e non potrà più essere successivamente modificata né revocata.

La Garanzia IMG prevede il pagamento al Contraente del 50% del capitale assicurato della Garanzia Base con un limite di € 300.000, nel caso in cui all'Assicurato in corso di contratto venga diagnosticata una delle malattie gravi evidenziate nel successivo Art. 3 al punto 3.3.

Al verificarsi del primo accertamento di una malattia grave tra quelle assicurate e a seguito del relativo pagamento della prestazione spettante, la Garanzia IMG decade e non saranno più dovuti i relativi premi. Inoltre, l'Impresa provvederà a ridurre l'importo del premio relativo alla Garanzia Base in funzione del capitale assicurato residuo previsto per la suddetta garanzia.

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto successivamente al pagamento della prestazione assicurata relativa alla Garanzia IMG, ai Beneficiari designati per la Garanzia Base verrà corrisposto il capitale assicurato dalla Garanzia Base, al netto di quanto già corrisposto per la Garanzia IMG.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale senza che sia insorta una delle patologie previste dalla presente Garanzia IMG non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa e i premi pagati restano acquisiti da quest'ultima.

Art. 2 - Le persone assicurabili

2.1 Garanzia Base

È assicurabile la persona fisica che:

- a) alla data di decorrenza del contratto abbia un'età compresa tra 18 e 65 anni;
- b) alla scadenza del contratto abbia un'età non superiore a 75 anni.

L'età dell'Assicurato viene determinata in anni interi, trascurando la frazione di anno inferiore a sei mesi e considerando anno intero quella uguale o superiore a sei mesi.

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

2.2 Garanzia Complementare in caso di morte per infortunio

È assicurabile l'Assicurato della Garanzia Base che alla data di decorrenza del contratto abbia un'età compresa tra 25 e 60 anni, estremi inclusi.

L'età dell'Assicurato viene determinata con i criteri indicati al precedente punto 2.1 della Garanzia Base. L'inesatta indicazione della data di nascita dell'Assicurato comporta, in ogni caso, la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

2.3 Garanzia Complementare insorgenza malattia grave

È assicurabile l'Assicurato della Garanzia Base che alla data di decorrenza del contratto abbia un'età compresa tra 18 e 65 anni, estremi inclusi.

L'età dell'Assicurato viene determinata con i criteri indicati al precedente punto 2.1 della Garanzia Base. L'inesatta indicazione della data di nascita dell'Assicurato comporta, in ogni caso, la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Art. 3 - Le limitazioni alle coperture assicurative (esclusioni e periodi di carenza)

3.1 Garanzia Base

Il rischio di morte per la Garanzia Base è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo quanto di seguito specificato.

È **escluso** dalla copertura caso morte il decesso causato da:

- a) dolo del Contraente o del Beneficiario;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari. L'arrivo dell'Assicurato in un paese in situazione di guerra o similari o l'insorgenza di detta situazione, comporta, dopo 14 giorni, l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa;
- d) 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;
- e) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) 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.

Per meglio descrivere le modalità con cui operano le esclusioni si rappresenta di seguito, **a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo**, un caso.

Ipotizziamo che nel corso della durata contrattuale si verifichi il decesso dell'Assicurato a causa di un incidente stradale e che, a seguito degli accertamenti svolti, sia emerso che l'Assicurato non era abilitato alla guida del veicolo che conduceva.

In tal caso l'Impresa non riconoscerà la prestazione assicurata in quanto il decesso è stato determinato da uno degli eventi esclusi dalla copertura assicurativa.

Ferme le cause di esclusione sopra indicate, la copertura assicurativa è sempre operante in caso di decesso dell'Assicurato per:

- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, 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;
- shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione;
- infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto tra le esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

È invece previsto un periodo di sospensione della copertura (cosiddetto **periodo di carenza**) di:

- **2 anni** dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi **12 mesi** dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione, in caso di decesso dell'Assicurato dovuto a suicidio;
- **7 anni** dall'entrata in vigore dell'assicurazione, in caso di decesso dell'Assicurato dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- **6 mesi** dall'entrata in vigore dell'assicurazione, in caso di decesso dell'Assicurato per qualsiasi altra causa diversa da quanto sopra indicato e fatte salve le esclusioni.

Nei casi in cui si applica un periodo di carenza, ad eccezione di quanto indicato alla lettera a) delle esclusioni, per il quale non è prevista alcuna prestazione, l'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente la somma dei versamenti effettuati al netto di eventuali imposte e diritti.

Per meglio descrivere le modalità con cui opera la carenza si rappresentano di seguito, **a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo**, due casi.

Esempio 1: l'Impresa non paga la prestazione assicurata durante il periodo di carenza

Ipotizziamo che il decesso dell'Assicurato sia dipeso da suicidio avvenuto entro il 1° anno dall'entrata in vigore dell'assicurazione. In tal caso la prestazione assicurata non è riconosciuta e la somma dei versamenti effettuati al netto di eventuali imposte e diritti viene restituita ai Beneficiari.

Esempio 2: l'Impresa paga la prestazione assicurata durante il periodo di carenza

Ipotizziamo che il decesso dell'Assicurato sia stato causato da polmonite sopravvenuta dopo l'entrata in vigore del contratto e si sia verificato durante il periodo di carenza. In tal caso la prestazione assicurata è riconosciuta perché il decesso, nonostante si sia verificato durante il periodo di carenza, è stato causato da una delle malattie per le quali è previsto contrattualmente che la carenza non si applichi.

3.2 Garanzia Complementare in caso di morte per infortunio

Per la Garanzia MI si applica quanto disciplinato nel proseguo del presente articolo e quanto disciplinato al precedente punto 3.1 della Garanzia Base (fatta eccezione di quanto ivi indicato in merito al periodo di carenza).

È **coperto** il decesso derivante da:

- asfissia causata da fuga di gas o vapore;
- conseguenze di ingestione o assorbimento per errore di sostanze (compresi l'avvelenamento e le lesioni da contatto con sostanze corrosive);
- conseguenze di morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- annegamento;
- assideramento o congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore;
- lesioni da sforzo, esclusi gli infarti e le ernie;
- infortuni sofferti in stato di male, vertigini o incoscienza;
- infortuni causati da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- infortuni causati da tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

È invece **escluso** dalla Garanzia MI il decesso derivante da:

- pratica di sport aerei, paracadutismo, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalate di rocce od accesso a ghiacciai, guidoslitta, immersioni con autorespiratore, speleologia, rugby, football americano;
- partecipazione a corse o gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo si tratti di gare di regolarità pura;
- abuso di alcolici o di psicofarmaci o dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;
- azioni delittuose dell'Assicurato;
- trattamenti medici o chirurgici non resi necessari da infortunio;
- guerre, insurrezioni, terremoti, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radio attivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio.

Per meglio descrivere le modalità con cui operano le esclusioni si rappresenta di seguito, **a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo**, un caso.

Ipotizziamo che l'evento che ha determinato la morte da infortunio dell'Assicurato sia legato alla pratica del pugilato.

In tal caso l'Impresa non riconoscerà la prestazione assicurata in quanto il decesso è avvenuto a causa di uno degli eventi esclusi dalla copertura assicurativa complementare.

La Garanzia MI non prevede un periodo di sospensione della copertura assicurativa (cosiddetto **periodo di carenza**).

3.3 Garanzia Complementare insorgenza malattia grave

La Garanzia IMG è prestata per l'insorgenza delle 10 patologie riportate di seguito, insorte e diagnosticate all'Assicurato dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.

1. Infarto del miocardio (attacco cardiaco)

Si intende la necrosi del tessuto cardiaco conseguente ad una ostruzione prolungata del flusso sanguigno. Sotto tale definizione, l'infarto del miocardio deve essere confermato dall'aumento e/o dalla riduzione dei valori dei marker biochimici cardiaci (troponina o CKMB) a livelli considerati diagnostici dell'infarto del miocardio, unitamente ad almeno due dei seguenti criteri:

- sintomi di ischemia (come il dolore toracico);
- alterazioni elettrocardiografiche (ECG) indicative di una nuova ischemia (nuove Alterazioni ST-T o nuovo blocco di branca sinistra);
- sviluppo di onde Q patologiche nell'ECG.

La diagnosi deve essere confermata da uno Specialista Cardiologo.

Dalla copertura assicurativa sono esclusi:

- sindrome coronarica acuta (angina stabile o instabile);
- aumento della troponina in assenza di manifesta malattia ischemica del cuore (es. miocarditi, ballooning apicale, contusione cardiaca, embolismo polmonare, tossicità da farmaci);
- infarto del miocardio in presenza di arterie coronariche normali o causato da vasospasmo coronarico, bridging miocardico o abuso di droghe;
- infarto del miocardio che avvenga nei 14 giorni successivi ad angioplastica coronarica o intervento di bypass.

2. Cancro

Si intende ogni tumore maligno con diagnosi positiva confermata istologicamente e caratterizzato dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale.

La diagnosi deve essere confermata da uno specialista.

Viene inoltre coperto, salvo esplicita esclusione riportata nella Nota di copertura, la leucemia, il linfoma maligno e la sindrome mielodisplasica.

Dalla copertura assicurativa sono esclusi:

- tumori istologicamente classificati come pre-maligni, non invasivi o carcinoma in situ (inclusi carcinoma mammario duttale o lobulare in situ e displasia cervicale CIN-1, CIN-2 and CIN-3);
- cancro della prostata, salvo che classificato istologicamente con un Gleason score maggiore di 6 o progredito ad una classificazione clinica TNM almeno di T2N0M0;
- leucemia cronica linfocitica, salvo che sia progredita almeno ad uno stadio di Binet B;
- carcinoma della pelle basocellulare o squamoso e melanoma maligno allo stadio IA (T1aN0M0), salvo che vi sia evidenza di metastasi;
- cancro tiroideo papillare con diametro inferiore ad 1 cm e classificato istologicamente come T1N0M0;
- micro-carcinoma papillare della vescica istologicamente classificato come Ta;
- policitemia Rubra Vera e Trombocitopenia essenziale;
- gammopatia Monoclonale di significato indeterminato;
- linfoma Gastrico MALT, qualora possa essere trattato con eradicazione dell'*Helicobacter*;
- tumore Stromale Gastrointestinale (GIST) agli stadi I e II secondo l'*AJCC Cancer Staging Manual*, Settima Edizione (2010);
- linfoma cutaneo, salvo che richieda trattamento con chemioterapia o radioterapia;
- carcinoma mammario microinvasivo (classificato istologicamente come T1mic), salvo che sia necessaria mastectomia, chemioterapia o terapia radiante;
- carcinoma microinvasivo della cervice uterina (istologicamente classificato allo stadio IA1), salvo che sia necessaria isterectomia, chemioterapia o terapia radiante.

3. Ictus - risultante in sintomi permanenti

Si intende la necrosi del tessuto cerebrale come conseguenza di un evento cerebrovascolare acuto causato da trombosi intracranica o emorragia (inclusa l'emorragia subaracnoidea), o embolismo da fonte extracranica con insorgenza acuta di sintomi neurologici, e presenza di nuovi deficit neurologici (come più avanti definito) oggettivamente rilevabili con esami clinici.

Il deficit neurologico deve persistere per almeno 3 mesi a decorrere dalla data della diagnosi.

La diagnosi deve essere confermata da uno Specialista Neurologo e supportata dal risultato di test per immagini.

Dalla copertura assicurativa sono esclusi:

- attacco Ischemico Transitorio (TIA) e il Deficit Ischemico Neurologico Prolungato Reversibile (PRIND);
- lesioni traumatiche dei tessuti cerebrali o dei vasi sanguigni;
- deficit neurologico (come più avanti definito) conseguente ad ipossia in genere, infezione, malattia infiammatoria, emicrania o procedura medica;
- rilievo incidentale mediante un test per immagini (scansione CT o MRI) in assenza di sintomi clinici chiaramente correlati (ictus silente);
- necrosi del tessuto del nervo ottico, della retina o dell'organo vestibolare.

4. Malattia renale allo stadio terminale – richiedente dialisi permanente

Si intende l'insufficienza cronica ed irreversibile di entrambi i reni, che comporti necessità di emodialisi regolare o sia stata impiantata dialisi peritoneale.

La dialisi deve essere necessaria dal punto di vista medico e deve essere confermata da uno Specialista Nefrologo.

Dalla copertura assicurativa è esclusa:

- insufficienza renale acuta reversibile che richieda dialisi renale temporanea.

5. Trapianto degli organi maggiori

Si intende l'effettivo sottoporsi, come ricevente, ad un trapianto, allogenico o isogenico, ad uno o più dei seguenti organi: cuore, rene, fegato (incluso il trapianto di parte del fegato ed il trapianto da donatore vivente), polmone (incluso il trapianto di un lobo da donatore vivente o il trapianto di un solo polmone), midollo osseo (trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche mediante ablazione totale del midollo osseo), intestino tenue e pancreas.

Rientra nella copertura il trapianto (mediante trapianto di tessuto allogenico) di parte o dell'intero volto, della mano, del braccio e della gamba.

La condizione che porta al trapianto deve essere considerata non trattabile con qualsiasi altro mezzo, con conferma da parte di uno specialista.

Dalla copertura assicurativa sono esclusi:

- trapianto di altri organi, parti del corpo o tessuti (inclusi cornea e pelle);
- trapianto di altre cellule (incluse cellule isolate e cellule staminali diverse da quelle emopoietiche).

6. Paralisi degli arti - totale ed irreversibile

Si intende la perdita totale e irreversibile della funzione muscolare a tutti i 2 arti a seguito di lesioni o malattia del midollo spinale o del cervello. L'arto è definito come il braccio completo o la gamba completa.

La paralisi deve permanere per più di 3 mesi, essere confermata da uno Specialista Neurologo e essere supportata da risultati clinici e diagnostici.

Dalla copertura assicurativa sono esclusi:

- paralisi a causa di autolesionismo o disturbi psicologici;
- Sindrome di Guillain Barré;
- paralisi periodica o ereditaria.

7. Sclerosi multipla – risultante in sintomi permanenti

Si intende la diagnosi definitiva di sclerosi multipla, che deve essere confermata da uno Specialista Neurologo e supportata da:

- attuale compromissione clinica della funzione motoria o sensoriale, che deve essere persistita per un periodo continuativo di almeno 6 mesi;
- risonanza magnetica per immagini (MRI) che evidenzia almeno due lesioni di demielinizzazione, nel cervello o nel midollo spinale, caratteristiche della sclerosi multipla.

Dalla copertura assicurativa sono esclusi:

- possibile sclerosi multipla e sindromi neurologicamente o radiologicamente isolate suggestive ma non diagnostiche della sclerosi multipla;
- neurite ottica isolata e neuromielite ottica.

8. Malattia del Motoneurone - con conseguente perdita permanente delle capacità fisiche

Si intende la diagnosi definitiva di una delle seguenti malattie del motoneurone:

- Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA o malattia di Lou Gehring);
- Sclerosi Primaria Laterale (SLP);
- Atrofia Muscolare Progressiva (PMA);
- Paralisi Bulbare Progressiva (PBP).

La malattia deve comportare una totale incapacità di svolgere, da soli, almeno 3 attività su 6 della vita quotidiana, per un periodo continuativo di almeno 3 mesi, senza alcuna ragionevole possibilità di recupero.

Le attività della vita quotidiana (ADL) sono:

- lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia (incluso entrare e uscire dalla vasca da bagno o dalla doccia) o lavarsi in modo soddisfacente con altri mezzi;
- vestirsi e svestirsi: la capacità di indossare, togliere, allacciare e slacciare tutti gli indumenti e, se necessario, eventuali tutori, arti artificiali o altri strumenti apparecchi chirurgici;
- nutrirsi: la capacità di nutrirsi quando il cibo è stato preparato e reso disponibile;
- mantenimento dell'igiene personale: la capacità di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale;
- utilizzando il bagno o altrimenti controllando le funzioni dell'intestino e della vescica;
- muoversi tra le stanze: la capacità di spostarsi da una stanza all'altra su un pavimento piano;
- entrare e uscire dal letto: la capacità di sposarsi dal letto su una sedia o sedia a rotelle e tornare indietro.

La diagnosi deve essere confermata da un Consulente Neurologo e supportata da studi sulla conduzione nervosa (NCS) ed elettromiografia (EMG).

Dalla copertura assicurativa sono esclusi:

- neuropatia motoria multifocale (MMN) e miosite da corpi inclusi;
- sindrome post-polio;
- atrofia muscolare spinale;
- polimiosite e dermatomiosite.

9. Grave malattia del fegato - Child-Pugh Classe B o C

Si intende la diagnosi definitiva di malattia epatica grave evidenziata da un punteggio Child-Pugh di almeno 7 punti (classe B o C di Child-Pugh). Il punteggio deve essere calcolato mediante tutte le seguenti variabili:

- livelli di bilirubina totale;
- livelli di albumina sierica;
- severità dell'ascite;
- International Normalised Ratio (INR);
- encefalopatia epatica.

La diagnosi deve essere confermata da un Consulente Gastroenterologo e supportata da risultati di diagnostica per immagini.

Dalla copertura assicurativa è esclusa la malattia epatica grave secondaria all'uso di alcool o droghe (incluse le infezioni da epatite B o C dovute all'uso di droghe per via endovenosa).

10. Coma - con conseguenti sintomi permanenti

Si intende la diagnosi definitiva di uno stato di incoscienza senza alcuna reazione o risposta a stimoli esterni o bisogni interni, che:

- abbia un punteggio pari o inferiore a 8 sulla scala del coma di Glasgow per almeno 96 ore;
- richieda l'uso di sistemi di supporto vitale e provochi un persistente deficit neurologico, come di seguito definito, che deve essere valutato almeno 30 giorni dopo l'insorgenza del coma.

La diagnosi deve essere confermata da un Consulente Neurologo.

Per **deficit neurologico** si intende i sintomi di disfunzioni nel sistema nervoso presenti negli esami clinici. I sintomi che rientrano nella copertura includono intorpidimento, iperestesia (aumento della sensibilità), paralisi, debolezza localizzata, disartria (difficoltà con la parola), afasia (incapacità di parlare), disfagia (difficoltà a deglutire), disturbi visivi, difficoltà a camminare, mancanza di coordinazione, tremore, convulsioni, letargia, demenza, delirio e coma. In relazione a tale definizione, non rientrano nella copertura:

- l'anomalia rilevata da TC o Risonanza Magnetica o altre tecniche di diagnostica per immagini in assenza di sintomi clinici correlati;
- segni neurologici che si verificano senza anomalia sintomatica, ad es. riflessi vivaci senza altri sintomi;
- sintomi di origine psicologica o psichiatrica.

Dalla copertura assicurativa sono esclusi:

- il coma indotto per ragioni mediche;
- qualsiasi coma causato da lesioni autoinflitte, consumo di alcool o droghe.

L'assicurazione inoltre non vale in caso di:

- decesso dell'Assicurato prima della diagnosi della malattia grave;
- ricadute o recidive di patologie gravi in atto o preesistenti alla stipula del contratto;
- insorgenza di una malattia grave che sia dovuta alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altre infezioni HIV correlate;
- malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto.

In caso di diagnosi di malattia grave, **la liquidazione non sarà comunque effettuata se** il sinistro è conseguenza di:

- diagnosi rilasciata al di fuori dell'Unione Europea (vengono comunque incluse Svizzera, Norvegia, Islanda e Regno Unito), Stati Uniti d'America, Canada e Australia. La diagnosi in questi casi deve essere sempre confermata da parte di una Struttura Sanitaria ubicata in Italia. **Se il decesso dovesse sopravvenire prima della conferma della diagnosi in Italia non verrà corrisposto il capitale previsto dalla Garanzia IMG;**
- dolo del Contraente o dell'Assicurato;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano debitamente certificati dal competente ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- rifiuto di seguire le cure mediche;
- guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni o scioperi, sommosse, tumulti cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- abuso di alcool, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e/o sostanze psicotrope e simili;
- tentato suicidio o azioni di autolesionismo da parte dell'Assicurato;
- contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo o atti di guerra;
- movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, terremoti e fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (salvo quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche);
- diagnosi effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- malattie nervose e mentali.

In caso di diagnosi di malattia grave, **la liquidazione non sarà inoltre effettuata se** il sinistro sia riconducibile alla pratica delle seguenti attività sportive:

- alpinismo oltre 3° grado di difficoltà scala UIAA e oltre 4000 metri di altezza;

- attività di sub (non accompagnati, in notturna, senza brevetto e senza autorespiratore, oltre 30 metri di profondità visita di grotte, visita di relitti e ricerca di tesori, campane subacquee e tentativi di record);
- sci alpinismo, snowboard acrobatico e/o estremo;
- gare di automobilismo, gare di motociclismo, motonautica, paracadutismo, speleologia;
- sport estremi (base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping/repelling, canoa/rafting);
- volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio;
- equitazione, pugilato.

Per meglio descrivere le modalità con cui operano le esclusioni si rappresentano di seguito, **a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo**, due casi.

Esempio 1: Ipotizziamo che l'infarto miocardico insorto e diagnosticato all'Assicurato dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione sia avvenuto nei 14 giorni successivi ad angioplastica coronarica o intervento di bypass. In tal caso l'Impresa non riconoscerà la prestazione assicurata in quanto, pur a fronte di una delle patologie contrattualmente previste, l'evento specifico è escluso dalla copertura assicurativa complementare.

Esempio 2: Ipotizziamo che nel corso della durata contrattuale sia insorta e diagnosticata una malattia grave che sia dovuta alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS). In tal caso l'Impresa non riconoscerà la prestazione assicurata in quanto l'evento specifico è escluso dalla copertura assicurativa complementare.

La Garanzia IMG prevede un periodo di sospensione della copertura assicurativa (cosiddetto **periodo di carenza**) di **6 mesi** dall'entrata in vigore dell'assicurazione.

Per meglio descrivere le modalità con cui opera la carenza si rappresenta di seguito, **a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo**, un caso.

Ipotizziamo che sia insorto e diagnosticato un ictus all'Assicurato dopo l'entrata in vigore del contratto e durante il periodo di carenza. In tal caso la prestazione assicurata della garanzia complementare non è riconosciuta.

SEZIONE SECONDA GLI OBBLIGHI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Art. 4 - La modalità di ingresso in assicurazione

L'ingresso in assicurazione è subordinato alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa sulla base delle dichiarazioni rilasciate dal Contraente e dall'Assicurato nella proposta di assicurazione, nel Questionario sanitario, professionale e sportivo e, ove previsto, sulla base del rapporto di visita medica redatto dal medico (di base o specialista) scelto dall'Assicurato e gli eventuali accertamenti sanitari che si rendessero necessari.

L'Impresa stabilisce le condizioni di accettazione del rischio in relazione allo stato di salute, all'attività professionale e sportiva dell'Assicurato, prevedendo ove necessario il pagamento di un sovrappremio da parte del Contraente.

In base al cosiddetto "diritto all'oblio oncologico" introdotto dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193 non è ammessa, al momento della stipula del contratto o successivamente, la richiesta di informazioni relative a patologie oncologiche di cui l'assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui Trattamento attivo, alla data di compilazione del questionario sanitario o del rapporto di visita medica ove previsto, si sia già concluso senza episodi di recidiva, da almeno dieci anni oppure da almeno cinque anni (se la patologia era insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età) oppure dal diverso periodo di tempo previsto per le specifiche casistiche elencate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 96 del 24 aprile 2024 e riportate nella tabella seguente.

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine per maturare il diritto all'oblio oncologico in deroga ai termini previsti dagli articoli 2, comma 1, 3, comma 1 e 4, comma 1 della legge 7 dicembre 2023, n. 193 (Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024).

Tipo di Tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	- Donne con diagnosi <55 anni - Uomini con diagnosi <45 anni - Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie Acute (linfoblastiche e mieloidi)	Qualsiasi età	5

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione della copertura, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione (o dalla sua riattivazione) il contratto non è più contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o malafede.

Art. 5 - La conclusione del contratto e l'entrata in vigore dell'assicurazione

La sottoscrizione del contratto avviene, per il tramite della consulenza effettuata dal Consulente finanziario abilitato al collocamento del prodotto, mediante compilazione del Modulo di proposta predisposto dall'Impresa ed il pagamento del premio annuo costante e dell'eventuale sovrappremio indicato nella proposta di assicurazione; il Modulo di proposta deve essere debitamente firmato in tutte le sue parti dal Contraente e, se diverso dal Contraente, dall'Assicurato ai sensi dell'art. 1919 del codice civile.

A ricezione del Modulo di proposta, per il tramite del Consulente finanziario, e all'esito positivo dei controlli svolti, l'Impresa provvede ad incassare il premio e l'eventuale sovrappremio.

Diversamente, nel caso in cui la proposta di assicurazione non dovesse essere accolta quest'ultima non produrrà alcun effetto e il premio e l'eventuale sovrappremio verranno restituiti al potenziale Contraente.

Il contratto si intende, pertanto, concluso nel giorno in cui l'Impresa ha acquisito la valuta del mezzo di pagamento utilizzato per corrispondere il premio e l'eventuale sovrappremio indicati nella proposta di assicurazione.

Nel caso di utilizzo di più mezzi di pagamento, la Data di conclusione del contratto coincide con l'ultima data di valuta dei mezzi di pagamento utilizzati.

L'entrata in vigore dell'assicurazione è posta alle ore 24.00 del giorno di conclusione del contratto e coincide con la decorrenza dello stesso.

Entro 10 giorni successivi alla conclusione del contratto, l'Impresa provvede ad inviare al Contraente la Nota di copertura ai sensi dell'art. 1888 del codice civile, contenente le informazioni riepilogative sul contratto.

Art. 6 - L'aggravamento del rischio per la garanzia complementare in caso di morte per infortunio

Ai sensi dell'art. 1898 del codice civile l'Assicurato è tenuto, agli effetti della prosecuzione della Garanzia MI, a comunicare per iscritto all'Impresa ogni cambiamento dell'attività esercitata (di tipo professionale e sportivo), dichiarata in fase di stipula del contratto.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita, totale o parziale, del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Art. 7 - La denuncia dell'infortunio e gli obblighi relativi per la garanzia complementare in caso di morte per infortunio

L'evento mortale deve essere denunciato per iscritto all'Impresa.

Gli aventi diritto devono fornire la prova che la morte dell'Assicurato è stata causata da infortunio in conformità a quanto previsto dalle presenti Condizioni di assicurazione, autorizzando i medici a dare all'Impresa tutte le informazioni che essa potesse loro chiedere e consentire qualsiasi indagine che l'Impresa ritenesse necessaria.

Al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, oltre a quanto sopra indicato, è richiesta la documentazione riportata all'Art. 10 delle Condizioni di assicurazione.

L'Impresa si riserva la facoltà di richiedere eventuale ulteriore documentazione, qualora quella ricevuta non dovesse risultare sufficiente per la valutazione del sinistro.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione sopra indicata.

Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi legali, dallo scadere del termine stesso sino alla data di effettivo pagamento, agli aventi diritto.

Art. 8 - L'aggravamento del rischio per la garanzia complementare insorgenza malattia grave

Ai sensi dell'art. 1898 del codice civile l'Assicurato è tenuto, agli effetti della prosecuzione della Garanzia IMG, a comunicare per iscritto all'Impresa ogni cambiamento dell'attività esercitata (di tipo professionale e sportivo), dichiarata in fase di stipula del contratto.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita, totale o parziale, del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Art. 9 - La denuncia del sinistro e gli obblighi relativi per la garanzia complementare insorgenza malattia grave

Per avere diritto alle prestazioni previste dalla Garanzia IMG l'Assicurato dovrà essere in vita trascorsi almeno 30 giorni dal momento della diagnosi.

La denuncia di sinistro riferita ad una delle malattie gravi coperte dalla presente Garanzia IMG deve essere presentata all'Impresa dal Contraente o, se coincidente con l'Assicurato impossibilitato dalla sopraggiunta malattia, da altra persona in sua vece, entro 30 giorni dalla data della diagnosi.

Unitamente alla denuncia di sinistro dovrà essere inviata all'Impresa la seguente documentazione:

- certificato dello specialista o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi precisa e la data di diagnosi della malattia grave di cui risulta affetto l'Assicurato, indicandone altresì l'origine incidentale o patologica;
- documentazione indicata nelle definizioni di cui all'Art. 3 al punto 3.3 per la conferma e la certificazione della diagnosi;
- certificato di esistenza in vita trascorsi almeno 30 giorni dalla diagnosi della malattia;
- copia delle cartelle cliniche in caso di ricovero presso struttura ospedaliera o casa di cura;
- nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica: documentazione attestante la qualifica di Legale Rappresentante;
- qualora la diagnosi sia rilasciata all'Assicurato da una struttura medica al di fuori dell'Unione Europea (vengono comunque incluse Svizzera, Norvegia, Islanda e Regno Unito), Stati Uniti D'America, Canada e Australia, confermata della diagnosi da parte di una Struttura Sanitaria ubicata in Italia.

Al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere eventuale ulteriore documentazione, qualora quella ricevuta non dovesse risultare sufficiente per la valutazione del sinistro.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione sopra indicata.

Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi legali, dallo scadere del termine stesso sino alla data di effettivo pagamento.

Art. 10 - I pagamenti dell'Impresa e la documentazione richiesta

Per poter dare corso a tutti i pagamenti previsti dalle Condizioni di assicurazione devono essere preventivamente consegnati all'Impresa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

In particolare i documenti da produrre sono i seguenti:

- richiesta di liquidazione del capitale firmata da ciascun Beneficiario con l'indicazione del proprio domicilio e le modalità di pagamento;
- certificato di morte dell'Assicurato in carta semplice (con l'indicazione della data di nascita);
- certificato medico attestante la causa del decesso dell'Assicurato, rilasciato dal medico o dal presidio ospedaliero che ne ha constatato il decesso;
- copia delle cartelle cliniche relative a tutti i ricoveri che l'Assicurato ha subito;
- in caso di decesso dell'Assicurato conseguente ad eventi accidentali, verbale dell'Autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
- se l'Assicurato non ha lasciato testamento: dichiarazione sostitutiva di atto notorio autenticata attestante che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento e indicante i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire e il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici e che non vi sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità);
- se l'Assicurato ha lasciato testamento: copia autentica del testamento o verbale di pubblicazione e dichiarazione sostitutiva di atto notorio autenticata attestante che tale testamento è l'ultimo valido e non impugnato e indicante i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire e il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici e che non vi sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità);
- nel caso vi siano Beneficiari minori e/o incapaci (ovvero interdetti/inabilitati/soggetti ad amministrazione di sostegno), decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la potestà od il tutore/curatore/amministratore di sostegno alla riscossione della somma spettante ai minori e/o agli incapaci, ed esoneri l'Impresa da ogni responsabilità circa il reimpiego di tale somma;
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- in presenza di categorie particolari di dati personali relativi ai Beneficiari (quali ad esempio dati idonei a rilevare lo stato di salute o relativi a incapacità o infermità fisiche e/o psichiche connesse a stati giuridici come l'interdizione, l'inabilitazione o l'amministrazione di sostegno) sottoscrizione da parte del Legale Rappresentante dello specifico modulo di consenso al trattamento dei dati;
- modulo per l'Identificazione e Adeguata Verifica del Beneficiario per ciascuno dei Beneficiari (ex D.Lgs. 231/2007), firmato da un incaricato dell'Intermediario abilitato (tra cui il Consulente finanziario). Qualora sia richiesto l'accredito su un conto corrente presso una Banca diversa da Fideuram S.p.A., ciascun Beneficiario può rivolgersi alla propria banca e, come previsto dall'Art. 27 del D.lgs. 231/07, inviare l' "attestazione di adeguata verifica" della banca. In tal caso l'attestazione deve essere obbligatoriamente inviata all'Impresa direttamente dalla banca mediante raccomandata A/R o PEC;
- modulo Autocertificazione FATCA/CRS, ai sensi della Legge n. 95 del 18.06.2015, per ciascuno dei Beneficiari;
- nel caso in cui il Beneficiario della prestazione sia una persona giuridica: documentazione attestante la qualifica di Legale Rappresentante e relativi poteri, nonché relativa documentazione della persona giuridica (es. atto costitutivo, statuto).

Per quanto riguarda la documentazione sanitaria relativa alle circostanze del decesso dell'Assicurato necessaria per l'erogazione della prestazione assicurata:

- l'Impresa e il Beneficiario cooperano in buona fede nell'esecuzione del contratto e fanno quanto in loro potere, anche tenendo conto del principio di "vicinanza alla prova", per acquisire tale documentazione;
- il Beneficiario raccoglie e presenta direttamente all'Impresa la predetta documentazione. Qualora abbia particolari difficoltà ad acquisirla (per esempio in quanto non faccia parte degli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato), potrà mettersi in contatto con l'Impresa al fine di conferirle specifico mandato affinché, nel nome e nell'interesse del Beneficiario e nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, si possa attivare per il suo recupero;

- in ogni caso il Beneficiario consegnerà la documentazione se già in suo possesso;
- l'Impresa riconoscerà un importo fino a un massimo di € 50 euro a titolo di indennità forfettaria per il costo di estrazione delle cartelle cliniche e/o certificazioni mediche. Tale importo potrà essere erogato una sola volta indipendentemente dal numero di contratti sottoscritti dal Cliente e verrà riconosciuto dietro presentazione di idonea documentazione comprovante la spesa sostenuta, indicando le coordinate bancarie del soggetto che sostiene la spesa.

Al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e a individuare gli aventi diritto, a seguito di specifiche esigenze l'Impresa si riserva di richiedere ulteriore documentazione, motivando adeguatamente le ragioni istruttorie su cui si fonda la richiesta di integrazione documentale.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione sopra indicata.

Decorso tale termine e a partire dallo stesso, sono dovuti gli interessi legali a favore dei destinatari del pagamento, calcolati al tasso in vigore.

Art. 11 - Termini di prescrizione del contratto

Ai sensi dell'art. 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

In caso di mancato invio, entro il suddetto termine, di richieste di liquidazione da parte degli aventi diritto ovvero di ulteriore documentazione necessaria per istruire la pratica di liquidazione, così come in assenza di ogni altro atto valido ad interrompere la prescrizione, le somme spettanti saranno devolute al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie secondo quanto disposto dalla Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.

SEZIONE TERZA IL PREMIO

Art. 12 - Il premio e la modalità di pagamento

12.1 Garanzia Base

Premio

A fronte dell'accettazione del rischio da parte dell'Impresa, il Contraente si impegna a pagare un premio annuo costante per tutta la durata dell'assicurazione. L'importo del premio dipende da:

- l'età dell'Assicurato;
- l'importo del capitale assicurato;
- la durata dell'assicurazione;
- la frequenza dei versamenti;
- l'eventuale aggravamento del rischio valutato dall'Impresa in funzione della documentazione sanitaria e delle dichiarazioni dell'Assicurato sulle attività professionali e sportive.

L'importo del premio annuo è comunicato dall'Impresa in sede di elaborazione del Progetto esemplificativo delle prestazioni.

Il premio annuo può essere corrisposto anche con frazionamento mensile; in tal caso il premio annuo verrà maggiorato dei diritti di frazionamento pari al 2% su base annua. La periodicità di corresponsione del premio è scelta dal Contraente alla stipula del contratto e non può essere successivamente modificata.

Modalità di pagamento

Per il pagamento del premio annuo costante a favore dell'Impresa sono consentiti i seguenti mezzi di pagamento indicati nella proposta di assicurazione:

- Assegni bancari emessi dal Contraente a favore di Fideuram Vita S.p.A. con clausola di non trasferibilità;
- Assegni circolari girati dal Contraente a favore di Fideuram Vita S.p.A. con clausola di non trasferibilità;
- Bonifici da conti correnti bancari a favore di Fideuram Vita S.p.A.;
- Addebiti su c/c presso Fideuram S.p.A. a favore di Fideuram Vita S.p.A..

Le rate di premio successive alla prima possono essere corrisposte esclusivamente mediante addebito su conto corrente intestato al Contraente.

Il pagamento del premio è condizione essenziale per la conclusione del contratto e l'entrata in vigore dell'assicurazione.

12.2 Garanzia Complementare in caso di morte per infortunio

Il premio annuo dovuto per la Garanzia MI dipende dall'importo del capitale assicurato e dalle dichiarazioni in merito alle attività professionali e sportive effettuate dall'Assicurato.

Il premio annuo deve essere corrisposto in base al frazionamento prescelto dal Contraente per la Garanzia Base. In caso di frazionamento mensile si applica un diritto di frazionamento pari al 2% su base annua.

Per il pagamento del premio valgono le norme regolanti la Garanzia Base, di cui al precedente punto 12.1. L'importo del premio è comunicato dall'Impresa in sede di elaborazione del Progetto esemplificativo delle prestazioni.

12.3 Garanzia Complementare insorgenza malattia grave

Il premio annuo dovuto per la Garanzia IMG dipende da:

- l'età dell'Assicurato;
- l'importo del capitale assicurato;
- la durata dell'assicurazione;
- la frequenza dei versamenti;
- l'eventuale aggravamento del rischio valutato dall'Impresa in funzione della documentazione sanitaria e delle dichiarazioni dell'Assicurato sulle attività professionali e sportive.

La periodicità di corresponsione del premio è la stessa della Garanzia Base; in caso di frazionamento mensile il premio annuo verrà maggiorato dei diritti di frazionamento pari al 2% su base annua.

Per il pagamento del premio valgono le norme regolanti la Garanzia Base, di cui al precedente punto 12.1. L'importo del premio è comunicato dall'Impresa in sede di elaborazione del Progetto esemplificativo delle prestazioni.

Art. 13 - La rivedibilità della copertura e del premio per la garanzia complementare insorgenza malattia grave

L'Impresa si riserva in corso di contratto, **trascorsi almeno cinque anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione**, di rivedere la copertura assicurativa e/o il premio della Garanzia IMG qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi.

In tal caso ne darà comunicazione al Contraente informandolo delle modifiche da apportare alla garanzia (ad es. precisazioni sulle definizioni delle malattie gravi coperte) e dell'eventuale nuovo importo del premio della Garanzia IMG.

In caso di accettazione da parte del Contraente delle modifiche proposte, a partire dalla ricorrenza annuale di polizza successiva si intendono applicate le nuove Condizioni di assicurazione della Garanzia IMG e sarà dovuto l'eventuale nuovo importo del premio.

In caso di non accettazione o assenza di riscontro da parte del Contraente, la prestazione assicurata dalla garanzia IMG verrà ricalcolata (in diminuzione o in aumento) in funzione delle nuove basi tecniche, a partire dalla ricorrenza annuale successiva al 90° giorno successivo all'invio della comunicazione di rivedibilità della copertura e/o del premio da parte dell'Impresa.

SEZIONE QUARTA GLI ASPETTI CONTRATTUALI

Art. 14 - La durata del contratto

La durata del contratto può essere scelta dal Contraente tra un minimo di 5 anni e un massimo di 25 anni, fermo restando quanto indicato all'Art. 2 delle Condizioni di assicurazione.

Decorso tale periodo l'assicurazione si estingue ed i premi pagati restano acquisiti all'Impresa.

Il contratto si estingue inoltre quando si verifica uno di questi eventi:

- decesso dell'Assicurato;
- Recesso;
- Rescissione (disposta dall'Impresa trascorsi tre mesi dalla prima rata di premio non corrisposta);
- Risoluzione (disposta dall'Impresa trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata).

Per le cause di estinzione delle singole prestazioni assicurate si rimanda agli articoli 15.2 e 15.3.

Art. 15 - La sospensione, la riattivazione e la risoluzione del contratto e delle garanzie complementari

15.1 Garanzia Base

L'assicurazione può essere sospesa in qualsiasi momento mediante **interruzione volontaria del pagamento dei premi**.

La copertura assicurativa verrà mantenuta per tre mesi dalla prima rata di premio non corrisposta. In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto in tale periodo l'Impresa tratterà dalla prestazione da erogare il totale delle rate di premio rimaste insolute fino alla data del decesso.

Trascorsi tre mesi dalla prima rata di premio non corrisposta il contratto viene rescisso; in tal caso i premi pagati restano all'Impresa e i Beneficiari non hanno più diritto a ricevere alcuna somma in caso di morte dell'Assicurato.

Entro dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente può comunque richiedere la **riattivazione del contratto** presentando un nuovo Questionario sanitario, professionale e sportivo ed eventualmente il Rapporto di visita medica e gli accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa per la valutazione del rischio da riattivare. In caso di accettazione del rischio da parte dell'Impresa, il Contraente è tenuto al pagamento di tutte le rate di premio arretrate, rettifiche, se del caso, per tenere conto dell'eventuale aggravamento del rischio valutato dall'Impresa in funzione della documentazione sanitaria e delle dichiarazioni dell'Assicurato sulle attività professionali e sportive.

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 dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, l'assicurazione è risolta e non può più essere riattivata.

15.2 Garanzia Complementare in caso di morte per infortunio

La Garanzia MI non può essere sospesa od eliminata in corso di contratto.

Nel caso di mancato pagamento del premio della Garanzia Base la presente Garanzia MI verrà annullata di pieno diritto ed i premi per essa pagati resteranno acquisiti all'Impresa.

La riattivazione della Garanzia Base dà diritto alla contestuale riattivazione della Garanzia MI, secondo le norme disciplinate al precedente punto 15.1.

La Garanzia MI si estingue alla scadenza del contratto o, se antecedente, alla ricorrenza annuale di contratto successiva al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato.

15.3 Garanzia Complementare insorgenza malattia grave

La Garanzia IMG non può essere sospesa od eliminata in corso di contratto.

Nel caso di mancato pagamento della Garanzia Base la presente Garanzia IMG verrà annullata di pieno diritto ed i premi per essa pagati resteranno acquisiti all'Impresa.

La riattivazione della Garanzia Base dà diritto alla contestuale riattivazione della Garanzia IMG, secondo le norme disciplinate al precedente punto 15.1.

La Garanzia IMG cessa al verificarsi del primo dei seguenti casi:

- accertamento dell'insorgenza di una tra le malattie gravi assicurate dalla suddetta garanzia;
- raggiungimento della scadenza del contratto;
- ricorrenza annuale di polizza in cui l'età dell'Assicurato, determinata con i criteri indicati all'Art. 2 al punto 2.1 della Garanzia Base, è pari a 70 anni.

Art. 16 - La Revoca della proposta di assicurazione e il diritto di recesso del contratto

La Revoca

Il Contraente, ai sensi dell'art. 176 del Codice delle Assicurazioni (D.lgs. 209/2005), ha il diritto di **revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del contratto** mediante inoltro all'Impresa di lettera raccomandata A/R al seguente indirizzo:

Fideuram Vita S.p.A.
Via Ennio Quirino Visconti, 80 – 00193 Roma – Italia,

oppure mediante invio di una PEC all'indirizzo:

fideuramvita@pec.fideuramvita.it

L'Impresa è tenuta al rimborso delle somme eventualmente versate dal Contraente entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione.

Gli obblighi assunti dal Contraente e dall'Impresa cessano dalla data di spedizione della lettera raccomandata A/R, oppure dalla data di ricezione della PEC da parte dell'Impresa.

Il Recesso

Il Contraente, ai sensi dell'art. 177 del Codice delle Assicurazioni (D.lgs. 209/2005), può **recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione di conferma che il contratto è concluso**.

Il Recesso deve essere comunicato all'Impresa con lettera raccomandata A/R al seguente indirizzo:

Fideuram Vita S.p.A.
Via Ennio Quirino Visconti, 80 – 00193 Roma – Italia,

oppure mediante invio di una PEC all'indirizzo:

fideuramvita@pec.fideuramvita.it

La comunicazione deve contenere gli elementi identificativi del contratto. Il Recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della lettera raccomandata quale risultante dal timbro postale di invio oppure dalla data di ricezione della PEC da parte dell'Impresa.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso l'Impresa, rimborsa al Contraente, un importo pari al premio da questi corrisposto, diminuito dell'imposta sul premio delle eventuali garanzie complementari, della parte di premio corrispondente al rischio corso dall'Impresa per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto ed al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto pari a € 50.

Art. 17 - Il riscatto, il prestito ed il vincolo

La presente assicurazione non prevede il diritto di riscatto né la concessione di prestiti.

Il contratto può essere oggetto di garanzia personale tramite vincolo sulle somme assicurate, nei limiti previsti dalla normativa vigente. Tale atto diventa efficace dal momento in cui l'Impresa, ricevuta comunicazione scritta dell'avvenuto vincolo, ne effettua annotazione sul contratto o su appendice allo stesso.

Art. 18 - La designazione dei Beneficiari

Il Beneficiario è la persona a cui l'Impresa paga le prestazioni previste dal contratto.

Relativamente alla prestazione in caso di decesso dell'Assicurato, il Contraente può designare i Beneficiari scegliendo una delle seguenti opzioni:

- gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi, dell'Assicurato, in parti uguali;
- il coniuge dell'Assicurato, al verificarsi dell'evento; in difetto i figli dell'Assicurato, nati e nascituri in parti uguali;
- altro (ossia mediante designazione nominativa).

In caso di pluralità di Beneficiari, salvo diversa indicazione del Contraente che faccia espressa menzione del presente contratto, l'Impresa ripartirà tra loro la prestazione assicurata in parti uguali.

Nel solo caso di designazione nominativa dei Beneficiari, anche al fine di consentire all'Impresa il corretto adempi-

mento delle norme in materia di antiriciclaggio, il Contraente è tenuto a fornire le complete generalità del Beneficiario e in particolare:

- nome, cognome, codice fiscale, data di nascita, luogo di nascita, recapito e contatti e il legame tra Beneficiario e Contraente e tra Beneficiario e Assicurato, se la designazione fa riferimento ad una persona fisica;
- ragione sociale, codice fiscale, indirizzo della sede legale, recapito e contatti e il legame tra Beneficiario e Contraente e tra Beneficiario e Assicurato, se la designazione fa riferimento ad una persona giuridica.

Ai sensi degli artt. 1920 e 1921 del codice civile, 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 dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Il Contraente designa i Beneficiari delle prestazioni assicurate nella proposta di assicurazione. Tale designazione è revocabile e modificabile in qualsiasi momento ad eccezione dei casi di seguito indicati:

- dopo che Il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto all'Impresa, rispettivamente la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio. Pertanto l'apposizione del vincolo sulle prestazioni assicurate ed in genere qualsiasi atto dispositivo del contratto potrà essere effettuato solo con il consenso scritto dei Beneficiari divenuti irrevocabili;
- da parte degli eredi dopo la morte del Contraente (nel caso in cui il Contraente e l'Assicurato siano la stessa persona);
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto all'Impresa di volersi avvalere del beneficio.

Le eventuali modifiche e/o revoche della designazione di beneficio devono essere comunicate per iscritto all'Impresa tramite apposito modulo predisposto dall'Impresa, messo a disposizione anche dell'Intermediario, o disposte per testamento; pena l'inefficacia della designazione, la comunicazione del Contraente inviata all'Impresa deve inequivocabilmente fare specifica menzione del presente contratto ai fini dell'attribuzione, della revoca o della modifica del beneficio disposto a favore del "terzo".

Le eventuali modifiche e/o revoche della designazione di beneficio avranno effetto a decorrere dalla data di ricezione della comunicazione stessa da parte dell'Impresa, sempreché l'Assicurato sia ancora in vita alle ore 24:00 del giorno di ricezione della comunicazione, corredata di tutti gli elementi utili per la corretta identificazione dei nuovi Beneficiari.

Il Contraente, per specifiche esigenze di riservatezza, può indicare i dati e i contatti di un Referente terzo, diverso da uno dei Beneficiari, che l'Impresa potrà contattare in caso di decesso dell'Assicurato per il pagamento della prestazione assicurata a favore dei Beneficiari, quando non risulti possibile contattare i Beneficiari. **È ammesso un solo Referente terzo per contratto.**

A tal riguardo il Contraente, assumendosene ogni conseguente responsabilità e sollevando l'Impresa da qualsiasi responsabilità che dovesse derivare a seguito del proprio inadempimento si impegna a:

- conferire specifico incarico al Referente terzo individuato e a impartire allo stesso tutte le istruzioni necessarie per supportare l'Impresa al fine di contattare i Beneficiari;
- informare tempestivamente per iscritto l'Impresa nel caso di revoca dell'incarico oppure nel caso in cui il Referente terzo rinunciasse all'incarico o, comunque, non fosse più in grado, in corso di contratto, di svolgere l'incarico;
- informare tempestivamente per iscritto l'Impresa dei nuovi dati di contatto del Referente terzo qualora dovessero cambiare in corso di contratto.

La designazione del Referente terzo è revocabile e modificabile dal Contraente in qualsiasi momento della vita contrattuale **tramite apposito modulo predisposto dall'Impresa, messo a disposizione anche dell'Intermediario.**

Nel caso di nomina di un nuovo Referente terzo, dovranno essere forniti i relativi dati e contatti. Il nuovo Referente terzo designato non potrà coincidere con uno dei Beneficiari, se nominativamente designati, pertanto, nel caso in cui il nuovo Referente terzo designato coincida con il Beneficiario, la nuova nomina non sarà ritenuta valida e l'eventuale Referente terzo precedentemente nominato si considererà comunque revocato, senza la necessità per l'Impresa di effettuare alcuna comunicazione.

Le eventuali modifiche e/o revoche del Referente Terzo avranno effetto a decorrere dalla data di ricezione della comunicazione stessa da parte dell'Impresa, sempreché a tale data l'Assicurato sia in vita.

Infine, nel caso in cui, a seguito di modifica del Beneficiario, quest'ultimo dovesse coincidere con il Referente terzo individuato, lo stesso decadrebbe automaticamente dall'incarico per incompatibilità, senza la necessità per l'Impresa di effettuare alcuna comunicazione.

SEZIONE QUINTA

LE ALTRE CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO

Art. 19 - La legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla legge italiana, le cui disposizioni si applicano per quanto non disciplinato dalle presenti Condizioni di assicurazione.

Art. 20 - Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente

Per la risoluzione delle controversie, prima di ricorrere all'Autorità giudiziaria, è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali la mediazione obbligatoria e la negoziazione assistita facoltativa, secondo le norme tempo per tempo vigenti.

L'indirizzo di posta elettronica dell'Impresa è fideuramvita@pec.fideuramvita.it.

Foro competente per le controversie relative al presente contratto è esclusivamente quello del luogo di residenza o di domicilio elettivo del Contraente o dei soggetti che intendono far valere i diritti derivanti dal contratto.

Art. 21 - Le controversie sulle garanzie complementari ed il ricorso al collegio di medici

In caso di controversia sulla natura del decesso per la garanzia complementare in caso di morte per infortunio e sulla natura della malattia grave per la garanzia complementare insorgenza malattia grave, il Contraente, l'Assicurato o il Beneficiario, può conferire, per iscritto, mandato di decidere ad un Collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa nominato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 22 - La rinuncia all'azione di rivalsa per la garanzia complementare in caso di morte per infortunio

L'Impresa rinuncia ad esercitare l'azione di rivalsa, prevista dall'art. 1916 del codice civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 23 - La non pignorabilità e la non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 del codice civile le somme dovute in dipendenza dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di legge e decisioni giudiziali sull'applicabilità della norma.

Art. 24 - Le tasse e le imposte

Le tasse e le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari e degli aventi diritto.

GLOSSARIO

Assicurato: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o meno con il Contraente. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione degli eventi attinenti alla sua vita.

Basi tecniche: si intende l'osservazione dei dati statistici di accadimento degli eventi assicurati sulla popolazione di riferimento e le altre ipotesi adottate per la determinazione del premio da corrispondere per la copertura assicurativa (es. composizione della popolazione di riferimento).

Beneficiario: persona fisica o giuridica designata dal Contraente che riceve le prestazioni previste dal contratto. Può coincidere o meno con il Contraente.

Capitale assicurato: importo che l'Impresa si impegna a corrispondere al Beneficiario.

Carenza: periodo di sospensione della copertura assicurativa durante il quale, in caso di decesso dell'Assicurato o insorgenza di una malattia grave, l'Impresa non corrisponde la prestazione assicurata, fatta salva, laddove prevista, la restituzione dei premi versati al netto delle imposte.

Condizioni di assicurazione: insieme delle norme e delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente: persona fisica o giuridica, se persona fisica deve coincidere con l'Assicurato o con il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi all'Impresa ed esercita i diritti contrattuali.

Contratto di puro rischio: è un contratto di assicurazione caratterizzato da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato, quali ad esempio il decesso e l'insorgenza di malattie gravi e che prevede il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi degli eventi previsti dal contratto.

Copertura assicurativa: Impegno dell'Impresa a pagare la prestazione indicata nel contratto di assicurazione durante il periodo in cui l'assicurazione è attiva.

Costi (o spese): oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati.

Data di conclusione del contratto: coincide con la data in cui l'Impresa ha acquisito la valuta del mezzo di pagamento utilizzato per corrispondere il premio dovuto alla sottoscrizione del Modulo di proposta. Nel caso di utilizzo di più mezzi di pagamento, la data di conclusione del contratto coincide con l'ultima data di valuta dei mezzi di pagamento utilizzati.

Data di decorrenza del contratto: data in cui entra in vigore il contratto e diventano efficaci le garanzie ivi previste. Coincide con la data di conclusione del contratto.

Data di scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Data di valuta: data a partire dalla quale l'Impresa ha la disponibilità dell'importo corrispondente al premio versato; dipende dal mezzo di pagamento utilizzato.

Durata dell'assicurazione: intervallo di tempo, che intercorre fra la data di entrata in vigore dell'assicurazione e quella della scadenza, durante il quale sono operanti le garanzie assicurative.

Dichiarazioni: informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato prima della stipula o nel corso del contratto di assicurazione, che consentono all'Impresa di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione.

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita): documento che contiene le principali informazioni per consentire al Contraente di valutare il prodotto e di compararlo con gli altri contratti assicurativi aventi caratteristiche analoghe.

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita): documento che fornisce le informazioni integrative e complementari rispetto alle informazioni contenute nel DIP Vita, diverse da quelle pubblicitarie, necessarie affinché il Contraente possa acquisire piena conoscenza del contratto assicurativo.

Età dell'Assicurato: con riferimento al presente contratto, per età deve intendersi "età assicurativa" ossia la modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dall'Impresa, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Garanzia Base: impegno dell'Impresa a pagare la prestazione in caso di morte indicata nel contratto di assicurazione durante il periodo in cui l'assicurazione è attiva.

Garanzia Complementare: impegno dell'Impresa a pagare le prestazioni facoltative in caso di morte per infortunio ed in caso di insorgenza di una delle Malattie Gravi indicate nel contratto di assicurazione durante il periodo in cui l'assicurazione è attiva. L'adesione a tali coperture facoltative può avvenire solo alla sottoscrizione del modulo di proposta.

Garanzia IMG: Garanzia complementare insorgenza malattia grave dell'Assicurato.

Garanzia MI: Garanzia complementare in caso di morte per infortunio dell'Assicurato.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili che causano la morte.

Impresa (o Impresa di Assicurazione o Compagnia): Fideuram Vita S.p.A.. È l'Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

IVASS: è l'autorità cui è affidata la vigilanza sul settore assicurativo con riguardo alla sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione e di riassicurazione e alla trasparenza e correttezza dei comportamenti delle imprese, degli intermediari e degli altri operatori del settore. L'IVASS svolge anche compiti di tutela del consumatore, con particolare riguardo alla trasparenza nei rapporti tra imprese e assicurati e all'informazione al consumatore. Istituito con la legge n. 135/2012, a decorrere dal 1° gennaio 2013, l'IVASS è succeduto in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP.

Malattia Grave: una delle dieci patologie aventi le caratteristiche definite nelle Condizioni di assicurazione.

Modulo di proposta (o proposta di assicurazione): modulo sottoscritto dal Contraente con il quale egli manifesta all'Impresa di assicurazione la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Nota di copertura: documento probatorio del contratto, emesso dall'Impresa ai sensi dell'art. 1888 del codice civile.

Progetto esemplificativo delle prestazioni: ipotesi di sviluppo delle prestazioni assicurate e dei relativi premi.

Premio annuo costante: importo che il Contraente versa all'Impresa, alle scadenze previste, per tutta la durata dell'assicurazione, quale corrispettivo delle prestazioni assicurate.

Prescrizione: estinzione del diritto alla prestazione per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti alle prestazioni derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.

Questionario sanitario, professionale e sportivo: questionario presente nel Progetto esemplificativo delle prestazioni che contiene una serie di domande relative allo stato di salute e alle attività professionali e sportive svolte dall'Assicurato, sulla base delle quali è determinato il premio da corrispondere. **È molto importante che le risposte siano sempre veritiere ed esaustive; eventuali inesattezze potrebbero far perdere ai Beneficiari il diritto al pagamento delle somme assicurate.**

Rapporto di visita medica: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato, redatto dal medico (di base o specialista) scelto dall'Assicurato, che l'Impresa utilizza al fine di valutare i rischi da assumere con il contratto di assicurazione.

Recesso: la possibilità del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti entro i termini indicati nelle Condizioni di assicurazione e di ottenere il rimborso del premio versato.

Referente Terzo: soggetto diverso dai Beneficiari, designato dal Contraente che manifesti esigenze specifiche di riservatezza a cui l'impresa può fare riferimento per il pagamento della prestazione assicurata a favore dei Beneficiari.

Revoca della proposta: possibilità, legislativamente prevista (salvo il caso di proposta-polizza), di interrompere il completamento del contratto di assicurazione prima che l'Impresa comunichi la sua accettazione che determina l'acquisizione del diritto alla restituzione di quanto eventualmente pagato (escluse le spese per l'emissione del contratto se previste e quantificate nella proposta).

Riattivazione: facoltà del Contraente di riattivare le garanzie assicurative, entro i termini e con le modalità indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Trattamento attivo: qualsiasi trattamento utilizzato con finalità di cura della patologia oncologica come ad esempio, oltre alla chirurgia, la chemioterapia, l'immunoterapia, la terapia ormonale, la radioterapia, la terapia genica, gli anticorpi monoclonali.



Fideuram Vita S.p.A. Sede Legale: Via Ennio Quirino Visconti 80, 00193 Roma fideuramvita@pec.fideuramvita.it Capitale Sociale Euro 357.446.836 Codice Fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Roma 10830461009 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00175 Appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo Assicurazioni, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28

Società del gruppo **INTESA**  **SANPAOLO**