

Contratto di assicurazione collettiva di Rendita Vitalizia in caso di perdita di Autosufficienza nel compiere atti di vita quotidiana in favore di CASAGIT – Cassa Autonoma di Assistenza Integrativa dei Giornalisti Italiani.

Il presente Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione ed il Glossario, deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Indice

Nota Informativa	pag.	1/5
A - Informazioni sull'impresa di assicurazione	pag.	1/5
1. Informazioni generali	pag.	1/5
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	pag.	1/5
B - Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte	pag.	1/5
3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte	pag.	1/5
4. Premi	pag.	2/5
4.1 Ingressi e cessazioni nel corso del periodo assicurativo e regolazione del premio	pag.	2/5
C - Informazione su costi, sconti e regime fiscale	pag.	2/5
5. Costi	pag.	2/5
5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente	pag.	2/5
5.1.1 Costi gravanti sul premio.....	pag.	2/5
6. Sconti	pag.	2/5
7. Regime Fiscale	pag.	2/5
7.1 Imposta sui premi	pag.	2/5
7.2 Detraibilità fiscale dei premi	pag.	3/5
7.3 Tassazione delle somme assicurate	pag.	3/5
7.4 Altre implicazioni di carattere fiscale	pag.	3/5
D - Altre informazioni sul contratto	pag.	3/5
8. Disdetta del contratto	pag.	3/5
9. Riscatto e riduzione	pag.	3/5
10. Diritto di recesso	pag.	3/5
11. Documentazione da consegnare a Poste Vita S.p.A. per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione	pag.	3/5
12. Legge applicabile al contratto	pag.	4/5
13. Lingua	pag.	4/5
14. Reclami	pag.	4/5
15. Trattamento dati personali e norme di sicurezza D. Lgs. 81/2008	pag.	4/5
Condizioni di Assicurazione	pag.	1/8
Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione e somme assicurate	pag.	1/8
Art. 2 - Assicurati	pag.	1/8
Art. 3 - Beneficiari	pag.	1/8
Art. 4 - Delegato	pag.	1/8
Art. 5 - Condizioni di assicurabilità	pag.	1/8
Art. 6 - Esclusioni	pag.	1/8
Art. 7 - Carenza	pag.	2/8
Art. 8 - Durata del contratto e modalità assuntive	pag.	2/8
Art. 9 - Diritto di Recesso	pag.	3/8
Art. 10 - Disdetta	pag.	3/8
Art. 11 - Altre assicurazioni	pag.	3/8
Art. 12 - Premio	pag.	3/8
Art. 13 - Ingresso e permanenza in assicurazione	pag.	3/8

Art. 14 - Ingressi e cessazioni nel corso del periodo assicurativo e regolazione premio	pag.	4/8
Art. 15 - Esclusioni nel corso del periodo assicurativo.....	pag.	4/8
Art. 16 - Mancato pagamento del Premio, sospensione garanzie, riattivazione contratto	pag.	4/8
Art. 17 – Definizione dello Stato di Non Autosufficienza	pag.	5/8
Art. 18 - Denuncia dello Stato di Non Autosufficienza da parte dell'assicurato	pag.	5/8
Art. 19 - Fase d'istruttoria e riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza	pag.	6/8
Art. 20 – Rivedibilità dello Stato di Non Autosufficienza	pag.	6/8
Art. 21 - Collegio medico arbitrale	pag.	7/8
Art. 22 – Erogazione delle prestazioni	pag.	7/8
Art. 23 - Accertamento del perdurante Stato di Non Autosufficienza	pag.	7/8
Art. 24 - Interpretazione e modifiche del contratto assicurativo	pag.	7/8
Art. 25 - Buona fede	pag.	8/8
Art. 26 - Tasse e Imposte	pag.	8/8
Art. 27 - Foro competente	pag.	8/8
Art. 28 – Rinvio alle norme di legge	pag.	8/8
Art. 29 – Assicurazione per conto Altri	pag.	
Art. 30 – Estensione territoriale	pag.	
Glossario	pag.	1/1
Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003	pag.	1/2

Nota Informativa

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA A PREMIO ANNUO DI RENDITA VITALIZIA IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA NEL COMPIERE ATTI DI VITA QUOTIDIANA VERIFICATASI ENTRO IL PERIODO DI COPERTURA IN FAVORE DI CASAGIT – CASSA AUTONOMA DI ASSISTENZA INTEGRATIVA DEI GIORNALISTI ITALIANI.

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto prima della sottoscrizione della polizza.

A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

Poste Vita S.p.A. Società per Azioni, in forma abbreviata Poste Vita S.p.A. (la Compagnia), è una compagnia di assicurazione italiana, con Sede Legale e Direzione Generale in Viale Beethoven, 11 – 00144 Roma, Italia.

Recapito telefonico: 06.54924.1, Numero Verde 800.316.181, indirizzo sito internet: www.postevita.it, indirizzo e-mail: infoclienti@postevita.it, PEC: postevita@pec.postevita.it.

Poste Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Poste Italiane e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Italiane S.p.A., è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa in forza dei provvedimenti ISVAP n. 1144 del 12/03/1999, n. 1735 del 20/11/2000, n. 2462 del 14/09/2006 e n. 2987 del 27/6/2012, è iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione con il n. 1.00133 ed è la Capogruppo del "Gruppo Assicurativo Poste Vita" iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi con il n. 043.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

I dati sulla situazione patrimoniale di Poste Vita S.p.A., di seguito riportati, si riferiscono all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2016:

- il patrimonio netto ammonta a 2.900,59 milioni di Euro, di cui 1.216,61 milioni di Euro di Capitale sociale e 1.683,99 milioni di Euro di Riserve patrimoniali,
- l'indice di solvibilità risulta essere pari a 2,95 e rappresenta il rapporto tra il patrimonio disponibile pari a 8.056,60 milioni di Euro e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente pari a 2.733,50 milioni di Euro.

Al fine di disporre della situazione aggiornata tempo per tempo dei dati di cui sopra, il Contraente può consultare il sito internet della Compagnia www.postevita.it alla sezione "IL GRUPPO".

B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

L'assicurazione ha durata 10 anni. Alla scadenza del contratto non è prevista la possibilità di tacito rinnovo.

Nel corso della durata contrattuale le Parti (la Società o il Contraente), possono esercitare la propria facoltà di disdetta dal contratto come definito nel punto 8 della presente Nota informativa.

Il Contratto prevede la seguente prestazione assicurativa: "Prestazione in caso di perdita dello Stato di Autosufficienza".

In caso di perdita, da parte dell'Assicurato, dello Stato di Autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana in maniera permanente prima della scadenza della copertura assicurativa, la Società corrisponde all'Assicurato una rendita vitalizia posticipata mensile.

La corresponsione della rendita avviene esclusivamente previo accertamento dello Stato di Non Autosufficienza da parte della Società.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine della copertura assicurativa senza che sia insorto lo Stato di Non Autosufficienza, nessuna prestazione è prevista a carico della Società ed i premi versati resteranno acquisiti da quest'ultima.

Si rinvia all'Art. 17 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione.

Avvertenza: Si segnala che il presente Contratto prevede cause di esclusione della prestazione in caso di perdita di autosufficienza, secondo le modalità e nei limiti previsti dall'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione cui si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

4. Premi

A fronte delle prestazioni assicurate, il Contraente è tenuto a pagare un Premio, da corrispondere alla Compagnia tramite versamento (bonifico) da effettuare sul conto corrente di riferimento intestato a Poste Vita S.p.A..

L'entità del premio è determinata annualmente per la garanzia oggetto della copertura assicurativa in funzione del capitale assicurato.

Il Premio, dovuto per tutta la durata contrattuale dal Contraente per ciascun Assicurato, è stato determinato secondo la tariffa indicata all'Art. 8 delle Condizioni Generali di Convenzione e laddove previsto nel certificato di Polizza, sarà soggetto a regolazione annuale in ragione di quanto disciplinato al successivo Art. 4.1.

Dopo 5 anni dalla data di decorrenza della copertura ovvero per i premi da versare dalla sesta annualità in poi, il premio annuo applicato per ciascun Assicurato potrà essere incrementato dalla Società qualora l'età media del collettivo assicurato sia aumentata in misura pari o superiore al 15% rispetto a quello di decorrenza della Convenzione (Art. 8 delle Condizioni Generali di Convenzione).

Il Premio deve essere pagato direttamente alla Compagnia in occasione di ogni ricorrenza annuale.

Ad ogni ricorrenza annuale, il premio unico è rideterminato in funzione dei nuovi ingressi e delle uscite dall'elenco degli Assicurati, sulla base delle modalità di cui al successivo Art. 4.1.

Nel caso di ingressi di nuovi Assicurati in Polizza, ovvero di cessazione della garanzia assicurativa relativamente ad alcuni Assicurati, nel corso dell'anno, il premio dovuto per gli stessi è determinato proporzionalmente alla durata della copertura effettiva di ciascun Assicurato.

4.1 Ingressi e cessazioni nel corso del periodo assicurativo e regolazione del premio

Per i nuovi Assicurati inseriti in copertura nel corso del periodo assicurativo, si applicherà un rateo di premio calcolato in proporzione alla durata della copertura, tenuto conto di ogni singola ricorrenza annuale di Polizza di seguito meglio specificata.

Gli inserimenti dei nuovi Assicurati, nel corso della durata contrattuale, verranno perfezionati attraverso l'emissione, alla scadenza annuale, di apposita Appendice di Polizza da parte della Compagnia. Il pagamento del relativo premio avverrà - a conguaglio - alla scadenza annuale, sotto forma di regolazione di premio per entrate ed uscite di Assicurati in corso d'anno.

La garanzia assicurativa decorrerà dalle ore 00 della data di iscrizione alla Cassa comunicata dal Contraente. La cessazione della garanzia assicurativa degli Assicurati, dovuta al venir meno dei requisiti di cui all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, avverrà con decorrenza dalle ore 24 della data di cessazione dell'iscrizione alla Cassa comunicata dal Contraente, secondo le modalità descritte all'ultimo paragrafo del presente articolo. Il Contraente comunicherà l'ingresso e la cessazione della garanzia assicurativa, per ciascun Assicurato, con frequenza trimestrale. Per effetto delle norme regolamentari della Cassa, relative a iscrizione e cessazione dell'iscrizione, potrebbero verificarsi situazioni in cui il Contraente potrà, in occasione della comunicazione trimestrale, trasmettere variazioni con date di decorrenza riferite anche a trimestri precedenti.

Nei suddetti casi, il pagamento del relativo premio da parte del Contraente o la restituzione di una quota del premio da parte della Compagnia avverrà - a conguaglio - alla scadenza annuale, sotto forma di regolazione del premio per entrate ed uscite di assicurati in corso d'anno.

Il Contraente dovrà comunicare i nuovi ingressi e/o le cessazioni relative a ciascun Assicurato mediante e-mail da inviare a Poste Vita S.p.A. Ufficio Gestione Portafoglio Vita alla seguente casella di posta elettronica: collettive@postevita.it.

C. Informazione su costi, sconti e regime fiscale

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1 Costi gravanti sul premio

Non grava nessun costo sul premio.

6. Sconti

Poste Vita S.p.A. si riserva di stipulare convenzioni con determinate categorie di soggetti tempo per tempo individuate.

7. Regime Fiscale

L'applicazione delle disposizioni fiscali può dipendere da elementi quali la fonte istitutiva dell'assicurazione collettiva, i soggetti che sopportano l'onere economico del premio, la natura delle prestazioni corrisposte o i soggetti beneficiari.

7.1 Imposta sui premi

I premi pagati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta.

7.2 Detraibilità fiscale dei premi

Nel caso in cui i premi, versati per le assicurazioni sulla vita aventi ad oggetto esclusivo il rischio di non Autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, concorrano a formare il reddito del lavoratore dipendente, è riconosciuta annualmente al dipendente assicurato una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% su di un importo massimo di 1.291,14 euro; si precisa altresì che gli stessi costituiscono base imponibile previdenziale, ai fini della contribuzione INPS.

Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai premi pagati per le assicurazioni sopra indicate, anche eventuali premi pagati dall'Assicurato per le assicurazioni infortuni, fermo restando il sopraindicato limite massimo di 1.291,14 euro.

In ogni caso l'importo dei premi versati dal datore di lavoro costituisce onere deducibile dal reddito di impresa.

7.3 Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana dell'Assicurato non sono soggette all'IRPEF.

7.4 Altre implicazioni di carattere fiscale

L'applicazione di altre disposizioni fiscali può dipendere da elementi quali la fonte istitutiva dell'assicurazione collettiva, i soggetti che sopportano l'onere economico del premio, la natura delle prestazioni corrisposte o i soggetti beneficiari.

Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente in relazione alla sottoscrizione del Contratto illustrato nella presente Nota Informativa.

D. Altre informazioni sul contratto

8. Disdetta del contratto

Il contratto ha durata decennale, tuttavia ad ogni ricorrenza annuale il Contraente ha facoltà di effettuare disdetta dal Contratto mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento inviata con almeno 30 giorni di preavviso dalla data di ricorrenza annuale del Contratto.

La Società dopo 5 anni ovvero in occasione della sesta ricorrenza annuale di polizza, solo ed esclusivamente al verificarsi di quanto previsto dall'Art. 12 delle Condizioni di Assicurazione, avrà facoltà di dare disdetta al presente Contratto.

Termini e condizioni di disdetta da parte della Società sono regolati sempre secondo quanto previsto dall'Art. 12 delle Condizioni di Assicurazione.

In caso di assenza di disdetta da parte della Società il contratto continuerà per i successivi 5 anni agli stessi termini e condizioni.

9. Riscatto e riduzione

Il presente Contratto non prevede l'esercizio del diritto di riscatto e non riconosce un valore di riduzione.

10. Diritto di Recesso

Il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione dello stesso e contestuale versamento del premio, ovvero dalla sua conclusione.

La volontà di recedere deve essere comunicata a Poste Vita S.p.A. per mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata al seguente recapito:

**Poste Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Portafoglio Vita
Viale Beethoven, 11
00144 Roma**

A seguito di recesso le parti sono libere da qualsiasi obbligo derivante dal contratto a partire dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso attestata dal timbro postale di invio.

Poste Vita S.p.A. è tenuta al rimborso del premio versato, al netto delle eventuali imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

11. Documentazione da consegnare a Poste Vita S.p.A. per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

Per una indicazione dettagliata della documentazione che l'Assicurato – eventualmente anche per il tramite del Contraente - è tenuto a presentare ai fini della liquidazione della prestazione da parte della Società, si rinvia all'Art. 18 delle Condizioni di assicurazione.

Per i termini di prescrizione si rinvia alla normativa vigente per i contratti di assicurazione (Art. 2952 del Codice Civile).

12. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

13. Lingua

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti, salvo che le parti non ne concordino la redazione in una diversa lingua, in lingua italiana.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale dovranno essere inoltrati a Poste Vita S.p.A., a mezzo di apposita comunicazione scritta, indirizzata alla funzione aziendale incaricata dell'esame degli stessi:

**Poste Vita S.p.A.
Gestione Reclami
Viale Beethoven, 11
00144 Roma
n° fax: 06.5492.4426**

È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo: reclami@postevita.it.

La funzione aziendale responsabile della gestione dei reclami è Marketing e Commerciale - Customer Experience e Assistenza Clienti.

Qualora l'evasione del reclamo richieda la comunicazione di dati personali, Poste Vita S.p.A. - in ossequio alle disposizioni di cui al D. Lgs. 196/03 - invierà risposta esclusivamente all'indirizzo del Contraente indicato in polizza.

Qualora l'esponente intenda farlo direttamente oppure non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da Poste Vita S.p.A., all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, via del Quirinale 21, 00187 Roma.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o attivare direttamente il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm).

In relazione a tutte le controversie che dovessero insorgere, relative o comunque connesse anche indirettamente al presente contratto, permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, previo

esperimento del procedimento di Mediazione di cui al D. Lgs. 28/2010 (così come da ultimo modificato dal D.L. n. 69/2013, convertito con modificazioni in Legge n.98/2013) nei casi previsti dalla legge o se voluta dalle parti. Peraltro, in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS oppure ricorrere alla procedura di mediazione sopra menzionata.

Ulteriori informazioni riguardanti il prodotto acquistato possono essere richieste direttamente:

- **al numero verde 800.316.181**
- **alla casella di posta elettronica: infoclienti@postevita.it.**

15. Trattamento dati personali e norme di sicurezza D. Lgs. 81/2008

La Società e il Contraente opereranno, rispettivamente in qualità di Responsabile del trattamento e di Titolare del trattamento nel pieno rispetto delle disposizioni di cui al D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 (di seguito il "Decreto"). I dati personali, compresi quelli sensibili, degli assicurati saranno trattati per le sole finalità di esecuzione del presente contratto e per il tempo strettamente necessario alla durata dello stesso.

Le persone incaricate del trattamento saranno individuate dal Titolare ed opereranno sotto la sua diretta autorità attenendosi alle istruzioni dallo stesso impartite.

Le Parti si impegnano reciprocamente ad adottare le misure organizzative, fisiche e logiche, di cui agli Artt. 31-36 del suddetto Decreto e dell'allegato Disciplinare Tecnico, al fine di assicurare la riservatezza e la sicurezza dei dati.

Norme di sicurezza D.lgs. 81/2008

Durante l'esecuzione delle attività di cui al presente contratto assicurativo, le Parti contraenti si impegnano alla piena osservanza del disposto del D.lgs. 81/2008, per cui dovranno adottare idonee misure preventive atte a salvaguardare la sicurezza e la salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.

Poste Vita S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.



Roberto Manzato
Rappresentante Legale
di Poste Vita S.p.A.
in virtù di Procura Speciale

Condizioni di Assicurazione

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLLETTIVA A PREMIO ANNUO DI RENDITA VITALIZIA IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA NEL COMPIERE ATTI DI VITA QUOTIDIANA VERIFICATASI ENTRO IL PERIODO DI COPERTURA IN FAVORE DI CASAGIT – CASSA AUTONOMA DI ASSISTENZA INTEGRATIVA DEI GIORNALISTI ITALIANI.

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione e somme assicurate

Il presente Contratto di Assicurazione (di seguito, il “**Contratto**”), ferme le condizioni di non assicurabilità, le esclusioni e le carenze di cui agli Artt. 5, 6 e 7, garantisce, nel caso in cui all'Assicurato sia riconosciuto uno Stato di Non Autosufficienza, come descritto dal successivo Art. 17, la corresponsione di una rendita mensile vitalizia posticipata, il cui importo è stato determinato ed indicato in polizza, oltre che all'Art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione.

Art. 2 - Assicurati

Le persone sulla cui vita viene stipulato il Contratto.

Art. 3 - Beneficiari

L'Assicurato è beneficiario delle prestazioni previste all'Art.1 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 4 - Delegato

L'Assicurato può designare un delegato incaricato alla riscossione della rendita di Non Autosufficienza e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione anche successivamente al verificarsi dell'evento assicurato in polizza o durante l'erogazione della prestazione di rendita.

La designazione e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate alla Compagnia mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Art. 5 - Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia di cui all'Art. 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. avere bisogno dell'aiuto di un terzo, al momento dell'inizio copertura, per almeno uno degli atti ordinari della vita quotidiana di cui all'Art. 17;
2. essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e parkinsonismi, da altre demenze senili, dalla sclerosi multipla, dalla sclerosi laterale amiotrofica (malattia dei motoneuroni), da ictus con postumi invalidanti, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie.

Le persone appartenenti alle categorie protette (ai sensi delle Leggi 482/68 e 68/99) sono considerati assicurabili. A tale specifico riguardo, si rappresenta che la garanzia assicurativa in oggetto non opera qualora lo stato di Non Autosufficienza di cui all'Art. 17 - “Definizione dello stato di non autosufficienza” — sia conseguenza diretta, ovvero un aggravamento, del precedente stato di invalidità che ha costituito il titolo dell'assunzione ai sensi delle Leggi sopra citate (i.e., categorie protette).

Art. 6 - Esclusioni

Il rischio di Non Autosufficienza è coperto dalla presente garanzia assicurativa qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi derivanti direttamente e/o indirettamente da:

- dolo del Contraente o dell'Assicurato;
- tentato suicidio e autolesionismo dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;

- oltre a ciò non sono coperti dalla presente assicurazione, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i sinistri derivanti da atti di guerra avvenuti al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, tumulti popolari, operazioni militari, ribellioni, rivoluzioni, colpi di Stato, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- 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; la garanzia tuttavia è operante nel caso di viaggi compiuti dall'Assicurato in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
- di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, motonautici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, pugilato, nonché dalla partecipazione a corse e incontri sportivi (e relative prove ed allenamenti) comunque relativi a qualsiasi sport svolto a livello professionistico;
- fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquee;
- abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva.

Art. 7 - Carenza

La garanzia in caso di perdita di autosufficienza prevista dalla presente Assicurazione è operante alle seguenti condizioni:

- nel caso in cui la Non Autosufficienza derivasse da infortunio, non è previsto alcun periodo di carenza;
- nel caso in cui la Non Autosufficienza derivasse da malattia, incluse quelle nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Morbo di Parkinson, Morbo di Alzheimer, etc.), è previsto un periodo di carenza di 30 giorni durante il quale la garanzia non sarà operante e l'eventuale Sinistro non sarà indennizzato. Per avere diritto al pagamento della Rendita, quindi, lo stato di Non Autosufficienza deve verificarsi per la prima volta in un periodo successivo ai primi 30 giorni decorrenti dalla data di ingresso in copertura dell'Assicurato.

Qualora la Non Autosufficienza dell'Assicurato avvenga entro il predetto periodo di carenza, l'Assicurato non ha diritto alle prestazioni.

Art. 8 - Durata del contratto e modalità assuntive

La durata del Contratto è il periodo durante il quale sono operanti le garanzie assicurative. L'efficacia del Contratto decorre dalla data indicata nel certificato di Polizza.

La durata della copertura assicurativa è decennale, e alla scadenza non è previsto il tacito rinnovo della copertura.

Ad ogni ricorrenza annuale, il premio potrà subire delle variazioni in funzione della numerosità del collettivo assicurato riscontrato in occasione della data di ricorrenza dell'annualità precedente, sulla base di quanto disposto al successivo Art. 14.

Il presente contratto non prevede un'età minima di ingresso in polizza dell'Assicurato, l'età massima in ingresso non può essere superiore ad anni 75. Inoltre, data la durata decennale del contratto, l'età massima a scadenza non può essere superiore ad anni 85.

Art. 9 - Diritto di Recesso

Il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione del Contratto stesso. La volontà di recedere deve essere comunicata a Poste Vita S.p.A. per mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento, alla quale devono essere allegati la polizza e le eventuali appendici, ed indirizzata al seguente recapito:

**Poste Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Portafoglio Vita
Viale Beethoven, 11
00144 Roma**

A seguito del recesso, le Parti sono libere da qualsiasi obbligo derivante dal Contratto a partire dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, attestata dal timbro postale di invio.

Poste Vita S.p.A. è tenuta al rimborso del premio versato, al netto delle eventuali imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso e della relativa documentazione completa (richiesta scritta, documento di polizza ed eventuali appendici).

Art. 10 - Disdetta

Il Contraente ha la facoltà di disdire il Contratto entro 30 giorni dalla data di ricorrenza annuale del Contratto. La disdetta deve essere comunicata a Poste Vita S.p.A. tramite raccomandata con avviso di ricevimento al seguente recapito:

**Poste Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Portafoglio Vita
Viale Beethoven, 11
00144 Roma**

La Società dopo 5 anni ovvero in occasione della sesta ricorrenza annuale di polizza, solo ed esclusivamente al verificarsi di quanto previsto dall'Art. 12 delle presenti Condizioni di Assicurazione, avrà facoltà di dare disdetta al presente Contratto.

Termini e condizioni di disdetta da parte della Società sono regolati sempre secondo quanto previsto dall'Art. 12 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

In caso di assenza di disdetta da parte della Società il contratto continuerà per i successivi 5 anni agli stessi termini e condizioni.

Art. 11 - Altre assicurazioni

Il Contraente è tenuto a denunciare alla Compagnia l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni dallo stesso stipulate per il medesimo rischio. La Società entro 30 (trenta) giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni.

L'Assicurato è esonerato dal dichiarare alla Compagnia l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio.

Art. 12 - Premio

A fronte delle prestazioni assicurate, il Contraente è tenuto a pagare un Premio, da corrispondere alla Compagnia tramite versamento (bonifico) da effettuare sul conto corrente di riferimento intestato a Poste Vita S.p.A..

L'entità del premio è determinata annualmente in relazione alle garanzie oggetto della copertura assicurativa ed al capitale assicurato.

Il Premio, dovuto per tutta la durata contrattuale dal Contraente per ciascun Assicurato, è stato determinato secondo la tariffa indicata all'Art. 8 delle Condizioni Generali di Convenzione e laddove previsto nel certificato di Polizza, sarà soggetto a regolazione annuale in ragione di quanto disciplinato al successivo Art. 13.

Tuttavia, entro i 120 giorni antecedenti alla scadenza della quinta annualità il premio annuo applicato per ciascun Assicurato potrà essere incrementato qualora l'età media del collettivo assicurato sia aumentata in misura pari o superiore al 15% rispetto a quello di decorrenza della Convenzione (Art. 8 delle Condizioni Generali di Convenzione). A tal fine, l'età media del collettivo assicurato sarà determinata sulla base del collettivo trasmesso 180 giorni prima della scadenza della quinta annualità.

In tale evenienza, entro i 90 giorni antecedenti alla scadenza della quinta annualità, la Società si impegna a comunicare alla Contraente il nuovo premio previsto per ciascun Assicurato.

In caso di non accettazione del nuovo premio proposto dalla Società, la Contraente si impegna a comunicare il proprio diniego entro 30 giorni dalla comunicazione ricevuta dalla Società.

In assenza di alcuna comunicazione da parte della Contraente il premio rideterminato dalla Società si intenderà accettato e dovrà essere corrisposto nei termini previsti all'Art.3 delle Condizioni Generali di Convenzione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di comunicazione di diniego da parte della Contraente, può dare disdetta al contratto senza che la Contraente possa vantare alcun diritto e/o indennità.

In occasione di ogni rinnovo annuale, il premio unico annuale dovuto per il rinnovo della copertura assicurativa è rideterminato in funzione dei nuovi ingressi o delle uscite dalla copertura da parte, a seconda dei casi, dei nuovi Assicurati o degli Assicurati, sulla base delle modalità di cui ai successivi Artt. 14 e 15.

Nel caso di ingressi di nuovi Assicurati in Polizza, ovvero di cessazione della garanzia assicurativa relativamente ad alcuni Assicurati, nel corso dell'anno, il premio dovuto per gli stessi è determinato proporzionalmente alla durata della copertura effettiva di ciascun Assicurato.

Art. 13 - Ingresso e permanenza in assicurazione

La copertura assicurativa decorre dalle ore 00 della data indicata nel certificato di polizza.

Il Contraente si impegna per ciascun Assicurato, per il quale verrà richiesto l'inserimento in copertura assicurativa, a provvedere ai seguenti adempimenti:

- effettuare l'elencazione nominativa degli Assicurati, con l'indicazione della data e del luogo di nascita, del codice fiscale e della somma assicurata da garantire. Gli elenchi degli assicurati potranno essere forniti anche su supporto informatico, previo accordo con la Compagnia;
- mettere a disposizione degli Assicurati copia delle presenti Condizioni di Assicurazioni, indicando altresì ai medesimi Assicurati tutte le informazioni contenute nel certificato di Polizza relativamente alla decorrenza della copertura assicurativa, alle caratteristiche concordate per individuare il Collettivo Assicurato, nonché al Capitale Assicurato. Ciò potrà avvenire anche mediante pubblicazione delle medesime sul sito internet del Contraente;

- mettere a disposizione ogni altro documento previsto dal contratto di assicurazione ovvero dalle Condizioni di Assicurazione. Il Contraente da atto di essere autorizzato a comunicare i dati personali degli Assicurati per le finalità di cui al presente contratto. Conseguentemente la Compagnia considera assolto da parte del Contraente il rispetto della normativa vigente in materia di Privacy.

Il Contraente sarà tenuto a fornire ogni ulteriore documentazione richiesta dalla Compagnia per l'inserimento degli assicurati nella polizza collettiva e per il pagamento delle prestazioni garantite. Il Contraente, in ogni caso, non trasmetterà alla Compagnia documentazione relativa agli assicurati contenente informazioni coperte come dati sensibili dalle vigenti normative in materia di Privacy.

Le comunicazioni di cui al precedente comma devono essere effettuate per tutti i nuovi ingressi nel corso del periodo di validità dell'assicurazione.

Art. 14 - Ingressi e cessazioni nel corso del periodo assicurativo e regolazione premio

Per gli Assicurati inclusi in copertura, nel corso del periodo assicurativo, si applicherà un rateo di premio calcolato in proporzione alla durata della copertura ed al relativo capitale assicurato.

Gli inserimenti dei nuovi assicurati, nel corso della durata contrattuale, verranno perfezionati attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Compagnia, mentre il pagamento del relativo premio avverrà a conguaglio alla scadenza annuale, sotto forma di regolazione premio per entrate ed uscite di assicurati in corso d'anno.

La garanzia assicurativa decorrerà dalle ore 00 della data di iscrizione alla Cassa comunicata dal Contraente. La cessazione della garanzia assicurativa degli Assicurati, dovuta al venir meno dei requisiti di iscrizione alla Cassa, avverrà con decorrenza dalle ore 24 della data di cessazione dell'iscrizione alla Cassa comunicata dal Contraente, secondo le modalità descritte all'ultimo paragrafo del presente articolo.

Il Contraente comunicherà l'ingresso e la cessazione della garanzia assicurativa, per ciascun Assicurato, con frequenza trimestrale. Per effetto delle norme regolamentari della Cassa, relative a iscrizione e cessazione dell'iscrizione, potrebbero verificarsi situazioni in cui il Contraente potrà, in occasione della comunicazione trimestrale, trasmettere variazioni con date di decorrenza riferite anche a trimestri precedenti.

Nei suddetti casi, il pagamento del relativo premio da parte del Contraente o la restituzione di una quota del premio da parte della Compagnia (anche con riferimento ai nuovi ingressi o alle cessazioni delle Controllate) avverrà a conguaglio alla scadenza annuale, sotto forma di regolazione del premio per entrate ed uscite di assicurati in corso d'anno.

La comunicazione di nuovi ingressi o cessazioni potrà essere indirizzata a Poste Vita S.p.A. Ufficio Gestione Portafoglio Vita attraverso la seguente casella di posta elettronica: collettive@postevita.it.

Art. 15 - Esclusioni nel corso del periodo assicurativo

Nel caso di uscite di Assicurati nel corso del periodo assicurativo per cause diverse dal riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza così come previsto dall' Art. 17, sarà rimborsato il rateo di premio al Contraente (contestualmente alla regolazione del premio, alla scadenza annuale), relativo al periodo per il quale il rischio non viene coperto.

Le operazioni di uscita e nuovi entrati verranno perfezionate attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Compagnia.

La garanzia assicurativa cesserà di essere operativa dalle ore 24 del giorno di uscita dalla polizza del singolo Assicurato.

L'uscita degli assicurati deve essere richiesta dal Contraente per tutti i casi di perdita dei requisiti di iscrizione alla Cassa, (a titolo esemplificativo e non esaustivo: risoluzione del rapporto di lavoro e/o collaborazione e/o revoca degli incarichi e/o disoccupazione ecc.). In tale ipotesi, la garanzia assicurativa cesserà a decorrere dalla data di perdita dei requisiti anche se la stessa, così come previsto dal precedente Art.14, sarà successivamente comunicata dal Contraente.

Art. 16 - Mancato pagamento del Premio, sospensione garanzie, riattivazione contratto

Decorsi inutilmente 60 giorni dalla data di scadenza del pagamento del premio (prima rata, regolazione, scadenze successive), l'erogazione delle garanzie resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Entro il termine massimo di 6 mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata, l'efficacia dell'Assicurazione può essere riattivata previa richiesta del Contraente ed accettazione scritta di Poste Vita S.p.A.. La riattivazione sarà concessa dietro pagamento di tutti i premi arretrati e l'Assicurazione entrerà

nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, dalle ore 24 del giorno di pagamento dell'intero importo dovuto. Oltre tale termine il contratto assicurativo dovrà intendersi risolto di diritto e i premi già pagati resteranno ad ogni modo acquisiti dalla Compagnia.

Art. 17 - Definizione dello Stato di Non Autosufficienza

➤ **Assicurati con età maggiore di 6 anni:**

È considerato in Stato di Non Autosufficienza l'Assicurato che, a causa di una malattia, di infortunio o per perdita delle forze, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale – presumibilmente in modo permanente – da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dai successivi Artt. 18 e 19.

Nel caso delle attività della vita quotidiana, tale livello è determinato sommando il numero di attività per le quali l'assicurato necessita di assistenza da parte di un'altra persona.

Viene altresì riconosciuto in Stato di Non Autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana, l'Assicurato che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti di origine organica).

La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);
- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

L'Assicurato verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive, se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;
- dalle risposte date dall'Assicurato a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive; la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche;
- la capacità intellettuale dell'Assicurato è tale per cui, lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'Assicurato stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

In ogni caso, la prestazione è erogata sia nei casi in cui la perdita dell'autosufficienza dia luogo al ricovero ospedaliero, che in quelli in cui non è previsto il ricovero.

➤ **Assicurati fino a 6 anni di età:**

Per i bambini di età inferiore ai 6 anni non sono valutate le ADL ma è considerato in Stato di Non Autosufficienza, il bambino che presenti delle difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età a seguito di patologia riconosciuta derivante da infortunio o malattia.

Per attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) si intendono:

1. *Lavarsi*: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
2. *Vestirsi, svestirsi*: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'assicurato, per la parte superiore o inferiore del corpo;
3. *Nutrirsi*: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
4. *Andare in bagno*: la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere

un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;

5. *Mobilità*: la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
6. *Spostarsi*: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici.

Art. 18 - Denuncia dello Stato di Non Autosufficienza da parte dell'Assicurato

Entro 90 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di Non Autosufficienza ai sensi dell'Art. 17 "Definizione dello Stato di Non Autosufficienza", l'Assicurato stesso, o chi per suo conto, dovrà contattare la Compagnia e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute, ovvero dello Stato di Non Autosufficienza, dell'Assicurato. Sono parte integrante della richiesta il "Questionario di Non Autosufficienza - Assicurato", compilato in ogni sua parte dall'Assicurato o da chi per suo conto e il "Questionario di Non Autosufficienza - Medico", compilato in ogni sua parte dal medico curante l'Assicurato. I predetti questionari sono consegnati all'Assicurato al momento della sottoscrizione della polizza o possono essere richiesti direttamente alla Compagnia.

In particolare, l'Assicurato stesso, o chi per suo conto, dovrà informare la Compagnia dello Stato di Non Autosufficienza mediante l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento a:

**Poste Vita S.p.A.
Ufficio Liquidazioni Vita
Viale Beethoven, 11
00144 Roma**

La richiesta dovrà essere accompagnata dai documenti necessari a verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per procedere al pagamento della rendita di cui all'Art. 1 delle Condizioni di Assicurazione. La predetta richiesta, dovrà ad ogni modo essere sempre corredata dalla documentazione clinica comprovante le patologie e dalla relativa dichiarazione in cui l'Assicurato scioglie dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. In caso di sinistro l'Assicurato, inoltre, previa sottoscrizione della specifica sezione riportata nel modello "Informativa "Privacy" Ex art. 13 del D.lgs. 196/2003 per l'Assicurato o per Legale Rappresentante / Procuratore / Tutore / Curatore (c.d. Interessato)", può autorizzare il Contraente all'accesso ai dati sensibili trasmessi dall'Assicurato alla Compagnia in fase di denuncia, istruttoria e definizione dello Stato di Non Autosufficienza.

La Compagnia, analizzata la suddetta documentazione, valuterà, con le modalità indicate nell'Art. 19, se:

- richiedere ulteriori informazioni, attestazioni, documenti o referti utili a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, ivi compresi eventuali originali e si riserva altresì di inviare a visita diretta l'Assicurato, se gli elementi che descrivono la Non Autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo Stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato.

Qualora la valutazione della sussistenza dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato desse esito negativo, la posizione di quest'ultimo potrà essere nuovamente esaminata da parte della Società, sempre che:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dalla data di comunicazione del predetto esito negativo;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione. Detta richiesta deve essere inviata al medesimo indirizzo di cui sopra.

Art. 19 - Fase d'istruttoria e riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza

Al fine del riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza da parte della Compagnia, così come previsto dall'Art. 17 "Definizione dello Stato di Non Autosufficienza", quest'ultima si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione.

Tempistiche di gestione:

- 1) Entro 2 mesi dal ricevimento della denuncia da parte dell'Assicurato ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, corredata dagli specifici questionari indicati dalla Compagnia:
 - a) Riconosce lo Stato di Non Autosufficienza e lo comunica all'Assicurato;
 - b) Non riconosce lo Stato di Non Autosufficienza e lo comunica all'Assicurato;

- c) Ha bisogno di documentazione medica integrativa al fine di valutare lo Stato di Non Autosufficienza. In questo caso, richiede ulteriore documentazione medica (ovvero la documentazione mancante).
- 2) Entro 2 mesi dal ricevimento della documentazione aggiuntiva, la Compagnia, ove lo ritenga necessario, si impegna a comunicare all'Assicurato la propria disponibilità a far eseguire la visita domiciliare dal proprio medico fiduciario;
- 3) In ogni caso, entro 2 mesi dal ricevimento dei questionari e della documentazione medica esaustiva, ovvero dalla data di effettuazione della visita, nel caso in cui questa sia stata richiesta dalla Compagnia, quest'ultima si impegna a dare riscontro all'Assicurato comunicando:
- il riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza (anche definita Long Term Care, di seguito "LTC"); o,
 - in alternativa il mancato riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza (LTC).

Nel caso all'Assicurato fosse riconosciuta l'LTC e siano trascorsi almeno 90 giorni dal momento della denuncia, questi avrà diritto alle prestazioni indicate nel presente Contratto, con effetto dal momento della denuncia del sinistro, ovvero dal momento in cui si potrà determinare con certezza che l'Assicurato si trovava in Stato di Non Autosufficienza sulla base della documentazione prodotta.

Nel caso in cui l'Assicurato deceda entro 90 giorni a partire dalla data di denuncia, non sarà erogata alcuna prestazione da parte della Compagnia, mentre qualora il decesso avvenga successivamente ai 90 giorni ma prima dell'accertamento dello Stato di Non autosufficienza, la Compagnia erogherà comunque la prestazione in rendita fino alla data di decesso dell'Assicurato.

Nei casi in cui all'Assicurato non sia riconosciuta la Non Autosufficienza, la Società comunicherà l'esito dell'istruttoria specificandone i motivi ed indicando la rivedibilità.

Nei casi in cui all'Assicurato non sia riconosciuta la Non Autosufficienza, la Società si rende disponibile a riesaminare il caso dopo tre mesi nelle modalità indicate nel presente contratto assicurativo.

In ogni caso, entro 2 mesi dalle richieste di cui ai precedenti punti 1) e 2) del presente articolo, qualora non sia stato fornito alcun riscontro da parte dell'Assicurato, la Compagnia si impegna ad inviare all'Assicurato stesso una comunicazione con la quale ripropone la propria richiesta.

Trascorso un mese da detta comunicazione, qualora anche questa sia rimasta senza riscontro, la Società provvederà a chiudere il sinistro senza seguito; rimanendo in ogni caso la possibilità per l'Assicurato di riaprire il sinistro integrando la richiesta della Società sempre nel rispetto dei termini prescrizionali e/o di decadenza previsti dal Contratto e/o dalla normativa pro tempore vigente.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello Stato di Non Autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato, sempreché il contratto non sia scaduto da oltre quattro mesi, dalla Società quando:

- Sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione; oppure
- Siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Art. 20 - Rivedibilità dello stato di Non Autosufficienza

L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo di lettera raccomandata a/r, il recupero dello stato di autosufficienza.

La Compagnia si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Assicurato Non Autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello Stato di Non Autosufficienza. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della relativa somma assicurata (i.e., Rendita) può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento da parte della Compagnia. Qualora durante l'erogazione della Rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza da parte dell'Assicurato, il pagamento della rendita assicurata verrà interrotto.

Art. 21 - Collegio medico arbitrale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sullo stato e grado di Non Autosufficienza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma delle Condizioni di Assicurazione, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio dei Medici ha sede 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 designato, contribuendo, per metà, delle spese e competenze del terzo medico. Tuttavia, qualora l'accertamento definitivo sancisca l'indennizzabilità dell'Assicurato ai fini del presente Contratto, la Compagnia assumerà in proprio anche le spese

sostenute dall'altra Parte. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dello stato di Non Autosufficienza ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, fatti salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei 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 arbitrale sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Art. 22 - Erogazione delle prestazioni

Il riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza da parte della Compagnia secondo le condizioni dell'Art. 17 "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di Non Autosufficienza, a richiedere la corresponsione di una rendita mensile posticipata (il cui ammontare è specificato nel certificato di Polizza), pagata tramite bonifico bancario entro i limiti previsti all'Art. 1 "Oggetto dell'Assicurazione e Somme assicurate" delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 23 - Accertamento del perdurante Stato di Non Autosufficienza

Dal momento di erogazione della Rendita, sarà richiesto all'Assicurato, con cadenza annuale, il certificato di esistenza in vita dell'Assicurato medesimo da consegnare alla Compagnia entro la fine di ciascun anno solare.

Qualora la Compagnia non sia stata informata per tempo del decesso dell'Assicurato ed abbia quindi proceduto all'erogazione della/e relativa/e rata/e di Rendita, la Società potrà richiedere la restituzione di quanto erroneamente corrisposto maggiorato degli interessi legali.

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato medesimo e in particolare di farlo esaminare da un medico scelto dalla Compagnia. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga utile e/o necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato medesimo.

Se dai suddetti accertamenti dovesse rilevarsi che non sussistono più i presupposti per l'erogazione della prestazione per la perdita di autosufficienza, con effetto dalla data dell'accertamento del perdurare dello Stato di Non Autosufficienza, la Società previo invio di specifica comunicazione all'Assicurato, potrà cessare l'erogazione della prestazione. Rimane comunque fermo il diritto dell'Assicurato di riproporre successivamente domanda per il riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza dovuto a cause sopravvenute successivamente alla data di cessazione dell'erogazione.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo e/o d'inviare i documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni potrà essere sospesa dalla data della richiesta di tale controllo e/o documentazione da parte della Società.

Durante il periodo di erogazione delle prestazioni, se l'Assicurato esce dallo Stato di Non Autosufficienza sarà tenuto a darne comunicazione alla Società entro un periodo di 60 giorni dalla data in cui non si trova più nello stato di non autosufficienza. Inoltre, in caso di decesso dell'Assicurato, gli eredi di quest'ultimo dovranno informare la Società dell'intervenuto decesso dell'Assicurato entro i 30 giorni successivi alla data del decesso stesso. Le eventuali prestazioni riconosciute all'Assicurato ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Società maggiorate dei relativi interessi legali.

Art. 24 - Interpretazione e modifiche del contratto assicurativo

In caso di eventuali dubbi di interpretazione sui contenuti delle clausole contrattuali, verrà sempre data l'interpretazione più estensiva e favorevole all'Assicurato/Contraente.

Qualsiasi modificazione, aggiunta e/o deroga al presente contratto assicurativo (e ai suoi allegati, se esistenti) dovrà essere concordata per iscritto dalle parti.

Art. 25 - Buona fede

L'omissione di dichiarazioni e/o comunicazioni da parte del Contraente di anche solo una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore ed/od omissione comunicativa non intenzionale e/o involontario della stessa e delle persone di cui deve rispondere a norma di Legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno l'operatività di questa Assicurazione.

Art. 26 - Tasse e imposte

Eventuali tasse e imposte relative al Contratto di Assicurazione sono a carico del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari ed aventi diritto, a seconda dei casi.

Art. 27 - Foro competente

Per le controversie relative al presente Contratto Assicurativo è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza o di domicilio degli aventi diritto.

Art. 28 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto qui non sia diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 29 – Assicurazione per conto Altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati; gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'Art.1891 del C.C..

Art. 30 – Estensione territoriale

La copertura assicurativa è indipendente dal luogo (nazionale o estero) dove si verifica il sinistro.



Roberto Manzato
Rappresentante Legale
di Poste Vita S.p.A.
in virtù di Procura Speciale

Glossario

Le Parti convengono che nelle presenti Condizioni di Assicurazione, salvo ove diversamente specificato, varranno le seguenti definizioni:

Assicurato

La persona sulla cui vita viene stipulato il Contratto.

Assicurazione

Il Contratto di Assicurazione.

Beneficiario

La persona a cui viene erogata la prestazione in caso di Non Autosufficienza.

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie del Contratto di Assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo, Poste Vita S.p.A. non corrisponderà la prestazione assicurata.

Certificato di Polizza

Il documento che prova la stipula dell'Assicurazione e che viene sottoscritto dal Contraente.

Collettivo Assicurato

Il gruppo di Assicurati nel cui interesse è prestata l'Assicurazione.

Contraente

La persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che firma il contratto di assicurazione, designa e eventualmente modifica i Beneficiari e si impegna al versamento dei premi a Poste Vita S.p.A. È il Contraente che ha il diritto di recedere o riscattare il contratto prima della scadenza.

Convenzione

La disciplina che regola i rapporti tra CASAGIT e la Società, costituita dalle presenti definizioni, dalle Condizioni Generali di Convenzione e dal Fascicolo Informativo (contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione ed il Glossario) allegato alla Convenzione.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Iscritto

Aventi diritto all'iscrizione alla CASAGIT.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Non autosufficienza

Incapacità a svolgere in modo presumibilmente definitivo 3 delle 6 attività della vita quotidiana.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società o Compagnia

La compagnia assicurativa Poste Vita S.p.A.

Somma assicurata o Rendita

Somma di denaro (Rendita) posticipata garantita mensilmente dalla Società in caso di riconoscimento di Stato di Non Autosufficienza

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Poste Vita S.p.A (di seguito "Poste Vita"), Società del Gruppo Poste Italiane - con sede in Roma, Viale Beethoven, 11 che opera in qualità di "Titolare" del trattamento, nel pieno rispetto delle disposizioni dettate dal D.lgs. n.196/03 Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito "Codice") fornisce le seguenti informazioni riguardanti il trattamento dei dati personali degli assicurati (di seguito "Interessati").

Fonte dei dati personali

Al fine di fornire i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o previsti a favore dell'interessato, Poste Vita deve disporre di dati personali, che possono essere raccolti presso l'interessato stesso, al momento della richiesta del prodotto o del servizio oppure nel corso del rapporto contrattuale nonché, presso altri soggetti inerenti al rapporto contrattuale (es. contraenti di assicurazione in cui l'interessato risulti essere assicurato, beneficiario, coobbligati ecc.) e/o intermediari assicurativi e riassicurativi (quali, Poste Italiane S.p.A. patrimonio BancoPosta, i soggetti addetti all'intermediazione quali dipendenti, collaboratori ed altri incaricati dell'intermediario stesso per l'attività svolta al di fuori dei locali dove lo stesso opera; agenti; broker di assicurazione, ecc.).

I dati personali possono essere raccolti di persona o anche telefonicamente (es. tramite call center) o anche attraverso tecniche di comunicazione a distanza (fra cui la e-mail il sito internet ed i servizi web in esso contenuti).

Finalità del trattamento, natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati personali e conseguenze di un eventuale rifiuto

I dati personali saranno trattati da Poste Vita per dar corso alle richieste dell'Interessato e/o per eseguire gli obblighi derivanti dal contratto stipulato con il Contraente o per adempiere a specifiche richieste del Contraente o dell'interessato prima della conclusione del contratto; inoltre per l'adempimento di obblighi di legge, nonché per le attività connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale, ivi compresi i rapporti relativi ad eventuali servizi accessori, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione. In particolare, i dati personali saranno trattati da Poste Vita nel quadro delle finalità "assicurative" le quali richiedono, necessariamente, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio o difesa dei diritti di Poste Vita; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; gestione e controllo interno; attività statistiche.

Inoltre ove espressamente richiesto dalle disposizioni normative vigenti in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo internazionale (d.lgs. n. 231/2007 e n. 109/2007), i dati raccolti saranno trattati per l'esecuzione degli obblighi di adeguata verifica, registrazione, conservazione, comunicazione e segnalazione, nonché per attuare le relative misure volte a prevenire, contrastare e reprimere il finanziamento del terrorismo e l'attività dei paesi che minacciano la pace e la sicurezza internazionale.

Per finalità amministrativo-contabili, Poste Vita potrà comunicare i dati personali alle società del Gruppo Poste Italiane. I trattamenti effettuati per finalità amministrativo-contabili sono quelli connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati (attività organizzative interne, quelle funzionali all'adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, la tenuta della contabilità etc.).

Per tutte le finalità sopra descritte il conferimento dei dati è obbligatorio, in mancanza, non sarà possibile fornire il prodotto assicurativo e/o il servizio richiesto.

Dati sensibili e giudiziari

Per la fornitura di prodotti e/o servizi assicurativi ed in particolare nell'ambito del servizio di liquidazione sinistri, Poste Vita ha la necessità di trattare anche dati di natura "sensibile" (cioè dati personali idonei a rivelare

l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché ed in particolare i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

Il consenso espresso per il trattamento di tali dati sensibili, compresi quelli sanitari (ex art. 23 del Codice), e raccolto nei limiti delle sole finalità assicurative sopra descritte, verrà richiesto all'interno di specifica modulistica (es. Modulo Denuncia Sinistri) messa a disposizione dell'Interessato.

Poste Vita non tratterà dati di natura "giudiziaria" (cioè dati personali idonei a rivelare provvedimenti di cui all'articolo 3, comma 1, lettere da a) ad o) e da r) ad u), del D.P.R. 14 novembre 2002, n. 313, in materia di casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti, o la qualità di imputato o di indagato ai sensi degli articoli 60 e 61 del codice di procedura penale.

Modalità di trattamento dei dati personali

Il trattamento dei dati personali (compresi quelli sensibili) avverrà mediante strumenti cartacei, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Soggetti che possono venire a conoscenza dei dati personali in qualità di Responsabili o Incaricati e soggetti o categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati

In considerazione della complessità organizzativa e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali Poste Vita informa che i dati personali saranno trattati (il "trattamento" può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a) del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati) da dipendenti e/o collaboratori designati quali Responsabili o Incaricati nell'ambito delle rispettive mansioni ed in conformità alle istruzioni ricevute nel rispetto delle finalità sopra descritte.

Inoltre, Poste Vita potrà comunicare i dati personali a soggetti terzi, ivi comprese le società del Gruppo Poste Italiane, per lo svolgimento di alcune attività (o parte di esse) strettamente necessarie per dar corso alla richiesta dell'Interessato e/o essenziali in relazione all'esecuzione del contratto. I predetti soggetti opereranno in qualità di Responsabili esterni, appositamente nominati da Poste Vita, oppure in qualità di Titolari autonomi del trattamento; in tale ultimo caso, provvederanno a rendere all'Interessato idonea informativa ai sensi dell'art. 13 del Codice. Tali soggetti, anche esteri e/o appartenenti a gruppi societari esteri, in relazione al prodotto o al servizio richiesto, saranno individuati nell'ambito delle seguenti categorie:

A) intermediari assicurativi e riassicurativi ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto di Poste Vita, quali professionisti legali, periti e medici; cliniche convenzionate; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di consulenza per tutela giudiziaria.

B) società di servizi informatici, telematici e di telecomunicazione; società per la lavorazione, elaborazione e archiviazione dei dati; società di servizi postali per le comunicazioni dirette agli interessati; società (es. call center) per attività di assistenza, pubblicità, promozioni, ricerche di mercato e rilevazioni del grado di soddisfazione della clientela; società di revisione e certificazione delle attività svolte dal Gruppo Assicurativo Poste Vita anche nell'interesse della clientela; società di assistenza e consulenza; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; soggetti che svolgono attività di garanzia assegni. C) autorità e organi di vigilanza e controllo e in generale soggetti, pubblici o privati, con funzioni di rilievo pubblicitario (es. IVASS, CONSOB, COVIP, ANIA, CIRT, CONSAP, Banca d'Italia, UIF, ecc.); soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi ai danni degli intermediari finanziari.

Poste Vita S.p.A. • 00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: postevita@pec.postevita.it • www.postevita.it
• Partita IVA 05927271006 • Codice Fiscale 07066630638 • Capitale Sociale Euro 1.216.607.898,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07066630638, REA n. 934547 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00133 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alle delibere ISVAP n. 1144/1999, n. 1735/2000, n. 2462/2006 e n. 2987/2012 • Società capogruppo del gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Italiane S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.



Per informazioni:

 **800.316.181**

 **infoclienti@postevita.it**