



iLife

*Contratto di Assicurazione temporanea caso morte
a premio annuo e a capitale costante*

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Glossario, Modulo di Proposta, deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

life

Genertellife S.p.A.

Assicurazione temporanea caso morte a premio annuo e a capitale costante

Tariffe: V5 NF ILF e V5 F ILF - ed. 10/2014

Assicurazione temporanea caso morte e invalidità totale e permanente a premio annuo e a capitale costante

Tariffe: V5I NF ILF e V5I F ILF - ed. 10/2014

Nota Informativa

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 della Polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) Genertellife S.p.A. è una società appartenente al Gruppo Generali;
- b) Sede Legale Via Ferretto n. 1, 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA;
- c) Recapito telefonico: 041.5939611;
Sito Internet: www.genertellife.it;
Indirizzo e-mail: genertellife@genertellife.it;
- d) La Società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento ISVAP n° 1935 del 20.09.2001 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 228 del 01.10.2001) ed è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione italiane al numero 1.00141;

Nell'homepage di www.genertellife.it è possibile consultare eventuali aggiornamenti relativi a questo fascicolo informativo che non dipendano da innovazioni normative.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto della Società, relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari ad Euro 1.006,3 milioni di cui:

- 168,2 milioni relativi al capitale sociale;
- 838,1 milioni relativi al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità è pari al 156,11%; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il presente contratto prevede due Versioni (temporanea caso morte e temporanea caso morte ed invalidità totale e permanente); in funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, per ciascuna delle due Versioni, è prevista l'applicazione di una delle seguenti tariffe:

Versione temporanea caso morte

- **tariffa V5 NF ILF** (per soggetti non fumatori)
- **tariffa V5 F ILF** (per soggetti fumatori)

Versione temporanea caso morte ed invalidità totale e permanente

- **tariffa V5I NF ILF** (per soggetti non fumatori)

- **tariffa V5I F ILF** (per soggetti fumatori)

Per la definizione di assicurato non fumatore si rinvia all' art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

Durata del presente contratto: minima 2 anni, massima 25 anni

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

a) Prestazioni in caso di decesso;

b) Prestazioni in caso di invalidità;

c) Coperture complementari;

d) Opzioni contrattuali.

Si rinvia all'art. 1 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

AVVERTENZA: le prestazioni in caso di decesso ed in caso di invalidità prevedono delle Esclusioni che comportano una limitazione della copertura assicurativa; per i dettagli si rinvia agli art. 6.1 e 7.1 delle Condizioni di Assicurazione. Sulle prestazioni assicurate è presente anche un periodo di carenza (sospensione della copertura del rischio assicurato), per i cui dettagli si rinvia all'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel Modulo di Proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.

4. Premi

Il premio è determinato in relazione all'ammontare del capitale assicurato indicato nel Documento di Polizza, alla durata del contratto, all'età dell'Assicurato al momento di compilazione del Modulo di Proposta, allo stato di salute dell'Assicurato, allo stato di fumatore/non fumatore dell'Assicurato, alle abitudini di vita dell'Assicurato, alle eventuali garanzie complementari ed all'eventuale presenza di sconti.

Il presente contratto prevede la corresponsione di premi annui anticipati da versare per il numero di anni indicato nel Documento di Polizza. La corresponsione dei premi viene interrotta dai seguenti eventi:

- decesso dell'Assicurato, qualora sia stata scelta la Versione temporanea caso morte;
- decesso dell'Assicurato o denuncia di invalidità totale permanente nel caso questa sia riconosciuta, qualora sia stata scelta la Versione temporanea caso morte e invalidità totale e permanente.

Il versamento del premio annuo (o rata di premio) iniziale potrà essere effettuato attraverso i seguenti mezzi di pagamento:

- bonifico bancario intestato alla Società oppure
- carta di credito (solo in caso di premio annuo pari o inferiore ad Euro 1.000,00).

Il versamento dei premi annui (o rate di premio) successivi, a seconda del frazionamento prescelto, potrà essere effettuato attraverso i mezzi di pagamento indicati nella tabella seguente:

Frazionamento del premio	Mezzi di pagamento
Annuale	<ul style="list-style-type: none">• conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (S.D.D. - SEPA Direct Debit);• bollettino di versamento bancario (MAV).
Semestrale	
Mensile	conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (S.D.D. - SEPA Direct Debit).

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1 Costi gravanti sul premio

Caricamenti	
Cifra fissa	30 euro
Valore percentuale	10%

Il Contraente ha la possibilità di frazionare, fin da subito, il premio annuo che in tal caso viene maggiorato degli interessi di rateizzazione (addizionale di frazionamento), secondo la seguente tabella:

Frazionamento del premio	Addizionale di frazionamento
Annuale	0,00%
Semestrale	2,00%
Mensile	4,50%

AVVERTENZA: il contratto prevede costi per accertamenti medici da effettuarsi obbligatoriamente in caso di capitali assicurati superiori ad euro 250.000,00 e/o in caso di età superiore a 60 anni e 6 mesi oppure qualora l'Assicurato desideri che non venga applicato al presente contratto un periodo di carenza di 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione (art. 9 Condizioni di Assicurazione); il costo di tali accertamenti (comprese le visite mediche) sarà pari alla tariffa applicata dalla struttura sanitaria/medico a cui intenderà rivolgersi l'Assicurato.

6. Sconti

AVVERTENZA: la Società applica degli sconti per i cui dettagli si rinvia agli artt. 17 e 18 delle Condizioni di Assicurazione. La Compagnia si riserva di applicare ulteriori sconti, rispetto a quelli già previsti in Condizioni di Assicurazione, sulla base di specifiche iniziative di carattere commerciale.

7. Regime fiscale

È riportato di seguito il trattamento fiscale applicato al contratto.

Imposta sui premi relativi alle assicurazioni complementari infortuni

I premi corrisposti per le assicurazioni complementari infortuni sono soggetti ad una imposta del 2,50%.

Detrazione fiscale dei premi

La parte di premio afferente al rischio morte dà diritto ad una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente.

Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, se diverso dal Contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.

Tassazione delle prestazioni assicurate

Le somme dovute dalla Società in dipendenza dell'assicurazione sulla vita qui descritta sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni; se corrisposte a persone giuridiche costituiscono reddito d'impresa.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'Articolo 13 delle Condizioni di Assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

9. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.

AVVERTENZA: in caso di sospensione del pagamento dei premi, dopo trenta giorni dalla data stabilita per il versamento della rata di premio non corrisposta, il contratto si scioglie con conseguente perdita dei premi già versati che restano acquisiti alla Società.

Si rinvia agli artt. 19 e 20 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

10. Revoca della proposta

Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del contratto.

Per la revoca della proposta deve essere inviata alla Compagnia una lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. La lettera va indirizzata a:

Genertellife S.p.A. - Via Ferretto n. 1 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA.

Nella comunicazione vanno indicati inoltre gli estremi del conto corrente (codice IBAN) su cui conferire il rimborso delle somme eventualmente già versate.

La revoca ha effetto dal momento di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale.

Gli obblighi assunti dal Contraente e dalla Compagnia cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte della Società.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Compagnia rimborsa al Contraente gli importi eventualmente già pagati.

11. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.

Per il recesso del contratto deve essere inviata alla Compagnia una lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. La lettera va indirizzata a:

Genertellife S.p.A. - Via Ferretto n. 1 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA.

Alla comunicazione di recesso vanno allegati il documento di Polizza e le eventuali Appendici e indicati gli estremi del conto corrente (codice IBAN) su cui conferire il rimborso del premio versato.

Il recesso ha effetto dal momento di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale.

Gli obblighi assunti dal Contraente e dalla Compagnia cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte della Società.

La Compagnia è tenuta al rimborso del premio entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, con diritto a trattenere la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

12. Documentazione da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle prestazioni e termine di prescrizione

Si rinvia all'articolo 22 delle Condizioni di Assicurazione relativamente alla documentazione che il Contraente o il Beneficiario sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione da parte della Società.

I termini per il pagamento concessi alla Società, dal ricevimento della documentazione completa utile ai fini della liquidazione, sono pari a 30 giorni.

Si richiama l'attenzione del Contraente in merito al fatto che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui ciascun diritto si fonda (art. 2952 del codice civile); decorso inutilmente tale termine le somme maturate saranno devolute all'apposito fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi della legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.

13. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

14. Lingua in cui è redatto il contratto

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

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati mediante posta, telefax o e-mail all'Ufficio reclami della Società e devono contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione della Società, dell'intermediario o del soggetto di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

In Genertellife, la funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è:

Ufficio Reclami - Funzione quality.

Le modalità di presentazione dei reclami alla Società ed i relativi recapiti sono i seguenti:

- Posta
Genertellife S.p.A. - Ufficio reclami/Funzione quality
Via Ferretto n. 1, 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA
- Fax
Genertellife S.p.A. - Ufficio reclami/Funzione quality
Numero di fax: 041 5939797
- e-mail
Genertellife S.p.A. - Ufficio reclami/Funzione quality
Indirizzo e-mail: gestionereclami@genertellife.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente all'IVASS, nel reclamo deve essere indicato:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per la presentazione del reclamo ad IVASS può essere scaricato dal sito www.ivass.it.

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

Prima di interessare l'Autorità giudiziaria, è possibile rivolgersi a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

È necessario ricorrere alla mediazione obbligatoria, in quanto prevista come condizione di procedibilità dalla legge per le controversie in materia assicurativa, facendo altresì presente la possibilità di attivare preliminarmente la negoziazione assistita facoltativa. Le istanze vanno presentate per iscritto a Genertellife S.p.A. - Unità Affari Legali, Via Ferretto 1, 31021 Mogliano Veneto (TV) - e-mail: affari.legali@genertellife.it.

16. Comunicazioni del Contraente alla Compagnia

Qualora in fase di sottoscrizione del Modulo di Proposta il Contraente dichiari la professione svolta dall'Assicurato, ai sensi dell'art. 1926 del codice civile, eventuali cambiamenti di professione dell'Assicurato devono essere comunicati alla Compagnia affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare al Contraente se intende:

- a) far cessare gli effetti della copertura;
- b) ridurre il capitale assicurato;
- c) migliorare il premio dovuto.

Se la Compagnia comunica l'intenzione di voler ridurre il capitale o aumentare il premio il Contraente ha a sua volta quindici giorni di tempo per dichiarare se accetta o meno la modifica. In caso di mancata accettazione la copertura cessa automaticamente, salvo il diritto della Compagnia a trattenere la quota di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale la copertura ha avuto effetto.

La mancata pronuncia del Contraente nei termini sopraindicati equivale all'accettazione della modifica comunicata dalla Società.

17. Conflitto di interessi

La società si è dotata di una politica per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti assicurativi ed ha emanato le relative procedure attuative.

Principi generali per l'identificazione e la gestione dei conflitti di interesse

Nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti, la società opera nell'interesse dei clienti e, a tal fine, si impegna ad evitare lo svolgimento di operazioni in cui abbia direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporti rilevanti, intendendosi per tali i rapporti di gruppo o i rapporti di affari propri o di altre società del gruppo.

La società individua le situazioni di conflitto di interessi sin dalla fase di progettazione e, successivamente, in quella di distribuzione dei prodotti.

Con riferimento alla fase di progettazione dei prodotti, la Società definisce chiaramente il posizionamento commerciale dei prodotti al fine di evitare di avere prodotti aventi le medesime caratteristiche e differenti livelli remunerativi per i soggetti che effettuano la distribuzione.

Con riferimento alla fase di distribuzione dei prodotti, è vietata l'adozione di iniziative incentivanti che siano in grado di orientare l'attività degli addetti alla distribuzione verso uno specifico prodotto a parità di caratteristiche con un altro, o verso una determinata operazione in assenza di situazioni oggettive di mercato che la giustifichino. Al riguardo, la società non ha attualmente politiche di incentivazione differenziate rispetto a prodotti aventi le medesime caratteristiche.

Qualora il conflitto di interessi risulti non evitabile, la Società opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei clienti impegnandosi al contempo ad ottenere per i clienti stessi il miglior risultato possibile.

* * *

Il sito www.genertellife.it è certificato Global Trust. Tutti i dati inviati tramite queste pagine sono trasmessi su protocollo https con crittografia SSL che garantisce la cifratura dei dati trasmessi e ricevuti.

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

Il rappresentante legale

Dott. Manlio Lostuzzi



Documento aggiornato a luglio 2015

Assicurazione temporanea caso morte a premio annuo e a capitale costante

Tariffe: V5 NF ILF e V5 F ILF - ed. 10/2014

Assicurazione temporanea caso morte e invalidità totale e permanente a premio annuo e a capitale costante

Tariffe: V5I NF ILF e V5I F ILF - ed. 10/2014

Condizioni di Assicurazione

Parte I - Prestazioni

Art. 1 - Prestazioni assicurate

Le coperture assicurative di seguito elencate sono operanti solo se specificatamente indicate nel Documento di Polizza.

iLife è un'assicurazione sulla vita che permette al Contraente, al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, di optare tra due soluzioni di protezione:

- “Versione temporanea caso morte a premio annuo e a capitale costante” (Tariffa V5 NF ILF e V5 F ILF);
- “Versione temporanea caso morte e invalidità totale e permanente a premio annuo e a capitale costante” (Tariffa V5I NF ILF e V5I F ILF).

Una volta scelta una delle due versioni, per il Contraente non è più possibile passare all'altra nel corso del contratto.

Versione temporanea caso morte a premio annuo e a capitale costante

Prestazione principale

Genertellife si impegna a pagare al Beneficiario, in caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza prestabilita, il capitale assicurato indicato nel Documento di Polizza che rimane costante per l'intera durata del contratto e che non può superare Euro 2.000.000,00.

Se alla scadenza l'Assicurato è in vita, il contratto si risolve e i premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte dell'assicurazione prestata.

Prestazione complementare

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, il Contraente può integrare la predetta prestazione principale con l'assicurazione complementare (A.C.M.A. - I.S.) descritta all'Art. 25 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Versione temporanea caso morte e invalidità totale e permanente a premio annuo e a capitale costante

Prestazione principale

Genertellife si impegna a pagare al Beneficiario:

- in caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza prestabilita, il capitale assicurato indicato nel Documento di Polizza che rimane costante per l'intera durata del contratto;
- in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato (così come definita all'art. 7 delle presenti Condizioni di Assicurazione) sopraggiunta entro la scadenza prestabilita, il capitale assicurato indicato nel Documento di Polizza, che rimane costante per l'intera durata del contratto, con le modalità descritte all'art. 22 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Per questa Versione il capitale massimo assicurabile è pari ad Euro 500.000,00.

In caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, qualora si verifichi il decesso del medesimo nel corso del periodo di liquidazione del capitale assicurato relativo alla sola prestazione principale, verrà immediatamente corrisposto il capitale residuo dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Eseguito il pagamento del capitale assicurato relativo alla prestazione principale, la garanzia si estingue e nulla è dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Se alla scadenza l'Assicurato è in vita e non è stata riconosciuta l'invalidità totale e permanente il contratto si risolve e i premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte dell'assicurazione prestata.

Prestazioni complementari

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, il Contraente può integrare la predetta prestazione principale con l'assicurazione complementare A.C.M.A. - I.S. e/o ITPx2 descritte rispettivamente agli Artt. 25 e 26 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 2 - Opzioni contrattuali

Per entrambe le Versioni, la Compagnia prevede la possibilità:

- di richiedere, da parte del beneficiario, un'anticipazione della prestazione in caso di morte ("**Instant Benefit**") descritta all'Art. 3 delle presenti Condizioni di Assicurazione;
- di aderire, da parte dell'Assicurato, al "**Care Program**", descritto all'Art. 17 delle presenti Condizioni di Assicurazione, che permette di usufruire di uno sconto del 10% sul premio (versamento) della prestazione principale.

Art. 3 - Instant Benefit

L'Instant Benefit è un'opzione contrattuale che permette ai beneficiari di ottenere dalla Compagnia un'anticipazione della prestazione in caso di decesso dell'Assicurato pari al 10% del capitale assicurato.

Tale opzione è esercitabile da parte dei beneficiari:

- qualora il Contraente abbia indicato, al momento della sottoscrizione del Modulo di proposta o successivamente, al massimo cinque beneficiari persone fisiche e
- qualora tali beneficiari siano indicati esclusivamente in modo puntuale (nome, cognome e codice fiscale).

La Compagnia provvede a suddividere in parti uguali il capitale da anticipare e liquida tali parti esclusivamente ai beneficiari (persone fisiche maggiorenni) che ne fanno richiesta.

L'Instant Benefit:

- non è richiedibile qualora risultasse inferiore ad Euro 1.000,00 e
- non può superare la somma di Euro 10.000,00.

Tale opzione è esercitabile da parte dei beneficiari entro trenta giorni dalla data di decesso dell'Assicurato qualora questa avvenga successivamente all'eventuale periodo di carenza.

I capitali anticipati possono essere richiesti per ogni polizza indipendentemente dalla data di sottoscrizione.

Art. 4 - Età dell'Assicurato

Versione temporanea caso morte a premio annuo e a capitale costante

L'età dell'Assicurato, al momento della sottoscrizione, va da un minimo di 18 anni ad un massimo di 78 anni e comunque non deve essere superiore a 80 anni alla scadenza del contratto.

Versione temporanea caso morte e invalidità totale e permanente a premio annuo e a capitale costante

L'età dell'Assicurato, al momento della sottoscrizione, va da un minimo di 18 anni ad un massimo di 63 anni e co-

munque non deve essere superiore a 65 anni alla scadenza del contratto.

Art. 5 - Definizione di Assicurato non fumatore

Per ciascuna delle due Versioni, il presente contratto prevede l'applicazione di due diverse tariffe in funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, ossia per soggetti fumatori o non fumatori.

L'Assicurato è considerato non fumatore se:

- non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione del Documento di Polizza, e
- l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta in seguito a consiglio medico a fronte di patologia preesistente.

Pertanto, vengono considerati fumatori tutti coloro che non rientrano nella predetta definizione.

Se l'Assicurato, dichiaratosi non fumatore, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, lo stesso è tenuto a darne immediata comunicazione scritta alla Compagnia mediante lettera raccomandata.

In caso di sinistro la Compagnia verifica l'effettivo persistere nello stato di non fumatore dell'Assicurato, che deve preventivamente consentire alla Compagnia tutte le indagini che essa ritenga necessarie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Al verificarsi del decesso dell'Assicurato prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Compagnia, o prima che la stessa, valutato il maggior rischio, decida di recedere dal contratto, (art. 14 delle presenti Condizioni di Assicurazione) la prestazione è ridotta in proporzione della differenza tra il premio pattuito ed il premio che sarebbe stato applicato qualora non fosse stato dichiarato lo stato di non fumatore dell'Assicurato (Art.1893 c.c.).

Art. 6 - Rischio di morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni previste dal successivo art. 6.1 e le limitazioni previste dagli artt. 8 e 9 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art 6.1 - Esclusioni

È esclusa dall'assicurazione la morte causata da:

- a) attività dolosa del Contraente o del Beneficiario;
- b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'arrivo dell'Assicurato in un paese estero in una situazione di guerra o similari come sopra indicato comporta l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa;
- d) 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;
- e) 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; uso e guida di mezzi subacquei;
- f) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la morte causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- g) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;
- h) infortuni e/o malattie dovuti/correlati a stato di ubriachezza e/o all'abuso di sostanze alcoliche, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili.

Inoltre, nel caso in cui il capitale assicurato risulti non inferiore ad Euro 1.000.000,00, è prevista anche la seguente esclusione:

- i) incidente di volo, salvo se trattasi di volo operato da compagnia aerea di linea regolare e/o di un volo aereo speciale (c.d. charter), noleggiato da una compagnia aerea di linea e/o non di linea. È espressamente escluso il decesso causato da incidente di volo su aerotaxi, elicottero ed ogni altra tipologia di trasporto di persone a domanda sia a titolo oneroso che gratuito, a meno che ciò non sia stato accordato da speciale Appendice alla Polizza.

Salvo deroghe espressamente accordate da speciale Appendice alla Polizza, è inoltre esclusa dall'assicurazione il decesso causato da:

- j) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- k) pratica di attività sportive professionistiche;
- l) pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- m) pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi livello: immersioni subacquee non in apnea; scalate oltre il terzo grado, sci alpinismo, sci o snowboard acrobatico e/o estremo, sci fuoripista; speleologia; torrentismo; vela transoceanica;
- n) attività professionale pericolosa che comporti: contatti con materie esplodenti, venefiche, chimiche od elettriche; lavori su impalcature o ponti; lavori nel sottosuolo o in mare aperto; l'appartenenza non con mansioni d'ufficio a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati dello Stato, corpo dei Vigili del Fuoco, corpi di protezione civile; aviazione; attività subacquea in genere; guardia giurata.

Art. 7 - Rischio di Invalidità Totale e Permanente

Il rischio di invalidità totale e permanente è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali, salvo le esclusioni previste dal successivo art. 7.1 e le limitazioni previste dagli artt. 8 e 9 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Si intende colpito da invalidità totale e permanente (nel seguito ITP) l'Assicurato in attività lavorativa che non abbia raggiunto l'età di 65 anni e che successivamente alla data di effetto della polizza, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica comunque indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, esclusa ogni preesistenza, abbia ridotto in modo permanente, a meno di un terzo del normale (come da Tabella INAIL), la propria capacità all'esercizio di qualsiasi professione o mestiere o attività remunerativa.

Indipendentemente da quanto sopra, l'Assicurato sarà considerato colpito da ITP se, la Società, dopo aver effettuato le opportune considerazioni a seguito di una soddisfacente evidenza medica, avrà ritenuto che tale Assicurato ha sofferto di:

- perdita totale e irre recuperabile della vista di entrambi gli occhi, oppure
- paralisi completa e permanente di entrambe le mani o entrambi i piedi o effettivo distacco di due o più arti al polso o alla caviglia o sopra gli stessi, oppure
- perdita totale e irre recuperabile della vista di un occhio e
- paralisi completa e permanente di una mano o di un piede, oppure
- effettivo distacco di un arto al polso o alla caviglia o sopra gli stessi.

7.1 - Esclusioni

Per la copertura assicurativa di invalidità totale e permanente valgono le esclusioni previste per la copertura caso morte come indicato all'art. 6.1.

Inoltre non verrà pagato alcun beneficio per la presente assicurazione se l'invalidità è direttamente o indirettamente derivante da o conseguente a:

- autolesione indipendentemente dallo stato di salute mentale nel momento in cui viene provocata, tentativo di suicidio, esposizione volontaria al pericolo mentre mentalmente sano o insano, salvo atti commessi per dovere di umanità e solidarietà;
- condizioni o sintomi fisici e mentali preesistenti; qualsiasi malattia diagnosticata prima della stipula del contratto e non dichiarata all'atto di sottoscrizione della polizza;
- malattie o disordini mentali o psichici, malattie non obiettivamente accertabili.

7.2 - Denuncia, accertamento e riconoscimento dell'invalidità totale e permanente

Verificatasi l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, l'Assicurato stesso o altra persona che lo rappresenti, deve chiederne per iscritto il riconoscimento alla Società unitamente ad un rapporto particolareggiato del medico curante (o del medico specialista) sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che ha prodotto l'invalidità. Ai fini dell'accertamento dell'invalidità, l'Assicurato deve fornire tutte le informazioni sulle cause e conseguenze dell'invalidità.

Dalla data di ricevimento di tale documentazione - **data di denuncia** - decorre il **periodo di accertamento** da parte della Società che, in ogni caso, non può superare i sei mesi.

La Società si riserva di richiedere all'Assicurato informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie. Ultimati i controlli medici la Società comunica per iscritto al Contraente, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno lo stato di invalidità. Accertato lo stato di invalidità permanente, è facoltà della Società verificare che tale stato di invalidità perduri fino al completamento del pagamento della prestazione assicurativa, come definito all'Art. 22 delle presenti Condizioni.

La Società si riserva, inoltre, il pieno ed incondizionato diritto di accertare lo stato di invalidità con medici di sua fiducia.

L'eventuale stato di invalidità dovrà essere accertato in Italia o in altro Paese di gradimento per la Società; l'eventuale trasferimento dell'Assicurato al luogo dell'accertamento è a carico dell'interessato.

A partire dalla data di denuncia, i pagamenti delle rate di premio dovute sono sospesi. In caso di mancato riconoscimento è riattivato il piano dei versamenti e il Contraente, informato tramite apposita comunicazione della Società, corrisponde le eventuali rate di premio sospese senza interessi.

7.3 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla liquidabilità della prestazione, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle Condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

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 designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra 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; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 8 - Aggravamento del rischio

Qualora in fase di sottoscrizione del Modulo di Proposta il Contraente dichiara la professione svolta dall'Assicurato, ai sensi dell'art. 1926 del codice civile, eventuali cambiamenti di professione dell'Assicurato devono essere comunicati alla Società affinché questa, entro quindici giorni, possa dichiarare al Contraente se intende:

- a) far cessare gli effetti della copertura;
- b) ridurre il capitale assicurato;
- c) aumentare il premio dovuto.

Se la Compagnia comunica l'intenzione di voler ridurre il capitale o aumentare il premio il Contraente ha a sua volta

quindici giorni di tempo per dichiarare se accetta o meno la modifica. In caso di mancata accettazione la copertura cessa automaticamente, salvo il diritto della Società a trattenere la quota di premio relativa al rischio corso per il periodo durante il quale la copertura ha avuto effetto.

La mancata pronuncia del Contraente nei termini sopraindicati equivale all'accettazione della modifica comunicata dalla Compagnia.

Art. 9 - Carenze

La copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società, accettandone modalità ed oneri.

Qualora l'Assicurato, previo assenso della Società, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica, viene applicato un periodo di carenza di sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione durante il quale la Società si impegna a corrispondere il capitale assicurato solo nel caso in cui l'evento assicurato avvenga per conseguenza diretta:

- di infortunio, esclusa ogni concausa, avvenuto dopo la data di decorrenza, ove per infortunio si intende un evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili e tali che siano la causa diretta esclusiva e provata della morte (salvo quanto precedentemente disposto);
- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: 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, vaccinica generalizzata, encefalite post vaccinica e shock anafilattico (malattia non infettiva).

Il suddetto periodo di carenza viene esteso a cinque anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione qualora l'evento assicurato sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

Nel caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ma abbia rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, detto periodo di carenza viene esteso a sette anni.

Per capitali assicurati superiori ad Euro 750.000,00 è necessaria la compilazione del Questionario finanziario.

Art. 10 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Società, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte e/o di reticenze relative a circostanze per le quali la Società non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Società stessa:

a) quando esiste dolo o colpa grave, ha diritto:

- di contestare la validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare, in caso di morte dell'Assicurato e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;

b) quando non esiste dolo o colpa grave, ha diritto:

- di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre, in caso di morte dell'Assicurato e in ogni tempo, le prestazioni assicurate in relazione al maggior rischio accertato.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica dei premi e delle prestazioni assicurate.

Art. 11 - Beneficiari

La designazione dei Beneficiari, fatta dal Contraente al momento della sottoscrizione del modulo di Proposta e riportata sul Documento di Polizza, può essere in qualsiasi momento modificata mediante comunicazione scritta del Contraente stesso alla Società oppure mediante disposizione testamentaria.

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

- dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi uno degli eventi previsti all'Art. 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi qualsiasi variazione al contratto che abbia riflesso sui diritti del Beneficiario richiede l'assenso scritto di quest'ultimo.

Diritto proprio del Beneficiario

Il Beneficiario acquisisce, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione (art. 1920 del codice civile). In particolare, le somme corrispostegli a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Art. 12 - Contact Plan

La Compagnia verifica mensilmente che il contratto risulti in regola con il piano dei versamenti.

Qualora tale piano non dovesse risultare in regola, la Società si impegna ad accertare che l'Assicurato risulti ancora in vita mettendo in atto il seguente piano di azioni:

1. ricerca telefonica del Contraente;
2. qualora la ricerca non andasse a buon fine, richiesta scritta all'ufficio anagrafe del Comune di residenza dell'Assicurato dello stato in vita del medesimo;
3. eventuale sollecito in forma scritta, dopo un mese, per ottenere risposta alla richiesta relativa al punto precedente.

Il Contact Plan si interrompe senza alcun esito qualora:

- l'Assicurato non risulti residente presso il Comune a cui la Compagnia si è rivolta relativamente ai punti 2 e 3 (ad esempio nel caso in cui la Compagnia non fosse mai stata informata del cambio di residenza dell'Assicurato);
- l'ufficio anagrafe richieda un esborso economico da parte della Compagnia per fornire l'informazione richiesta relativa ai punti 2 e 3.

In caso di accertato decesso dell'Assicurato, avvenuto mentre il contratto risulta in vigore, la Compagnia provvede ad informare i Beneficiari designati in Polizza dell'esistenza del beneficio a loro favore.

Parte II - Conclusione del contratto

Art. 13 - Conclusione del contratto, entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto si ritiene concluso il giorno del pagamento del premio iniziale da parte del Contraente.

L'assicurazione entra in vigore, previo pagamento del premio iniziale, alle ore 24 della data di decorrenza del contratto, indicata nel Documento di Polizza, che viene definita nei seguenti modi:

1. in funzione del mezzo di pagamento scelto dal Contraente:

- in caso di versamento tramite bonifico bancario, la data di decorrenza corrisponde al giorno di valuta riconosciuto alla Compagnia;
- in caso di versamento tramite carta di credito, la data di decorrenza corrisponde al giorno in cui viene effettuato il pagamento;

oppure

2. per volontà delle Parti.

Art. 14 - Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso. La comunicazione di recesso va inviata alla Direzione della Società in Mogliano Veneto (TV) a mezzo lettera raccomandata.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia rimborsa al Contraente il premio pagato al netto della quota relativa al rischio corso.

Art. 15 - Durata del contratto

Per durata del contratto si intende l'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto scelta dal Contraente.

Parte III - Premi

Art. 16 - Versamento dei premi

Il contratto prevede il versamento di premi annui costanti frazionabili fin da subito anche mensilmente e semestralmente.

L'importo annuo minimo della prestazione principale in caso di morte deve essere pari ad Euro 100,00.

L'importo del premio può variare a seguito, da parte del Contraente, dell'esercizio dell'opzione contrattuale "Care Program" che prevede degli sconti come definito dal successivo art. 17.

Il premio annuo dovrà essere corrisposto in rate anticipate da versare per il numero di anni indicato nel Documento di Polizza. La corresponsione dei premi viene interrotta dai seguenti eventi:

- decesso dell'Assicurato, qualora sia stata scelta la Versione temporanea caso morte;
- decesso dell'Assicurato o denuncia di invalidità totale permanente nel caso questa sia riconosciuta, qualora sia stata scelta la Versione temporanea caso morte e invalidità totale e permanente.

La durata dei pagamenti è ridotta di un anno per ogni dieci anni di durata del contratto, in base a quanto riportato nella seguente tabella:

Durata del contratto in anni	Durata del pagamento premi
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	9
11	10
12	11
13	12
14	13
15	14
16	15
17	16
18	17
19	18
20	18
21	19
22	20
23	21
24	22
25	23

Il versamento del premio iniziale, per qualsiasi frazionamento prescelto, potrà essere effettuato attraverso i seguenti mezzi di pagamento:

- bonifico bancario intestato alla Società oppure
- carta di credito (solo in caso di premio annuo pari o inferiore ad Euro 1.000,00).

Il versamento dei premi successivi, a seconda del frazionamento prescelto, potrà essere effettuato attraverso i mezzi di pagamento indicati nella tabella seguente:

Frazionamento del premio	Mezzi di pagamento
Annuale	<ul style="list-style-type: none"> • conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (S.D.D. - SEPA Direct Debit); • bollettino di versamento bancario (MAV).
Semestrale	
Mensile	conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (S.D.D. - SEPA Direct Debit).

Nel caso di estinzione del conto corrente bancario, è possibile, previa comunicazione scritta alla Compagnia, concordare con la stessa una diversa modalità di versamento del premio.

Cos'è il Care Program?

Art. 17 - Care Program

Il Care Program è un programma di prevenzione, promosso dalla Compagnia, che consente all'Assicurato di effettuare periodicamente un *check-up*:

- gratuito, presso strutture convenzionate Previmedical. Una volta ottenuti gli esiti del *check-up*, la stessa Previmedical si occuperà di comunicare alla Compagnia i nominativi dei clienti che si saranno sottoposti al *check-up* stesso;
- a pagamento, presso altre strutture. Gli esiti dovranno essere inviati, da parte del Contraente, a Previmedical al seguente indirizzo: Genertellife c/o Previmedical S.p.A., Via E. Forlanini 24 - 31022 Loc. Borgo Verde - Preganziol (TV) oppure inseriti nella posizione personale dell'Area clienti Genertellife presente nel sito della Compagnia www.genertellife.it.

Quando posso aderire?

Il Contraente, al momento della sottoscrizione ed ogni 24 mesi dalla sottoscrizione stessa, ha la possibilità di aderire al Care Program.

In cosa consiste il check-up?

Il *check-up* consiste nella misurazione dei seguenti dati biometrici:

- BMI (o IMC = Indice di massa corporea);
- Circonferenza addominale;
- Pressione sistolica;
- Pressione diastolica;
- Glicemia;
- Colesterolo;
- Trigliceridi.

Che vantaggi ottengo?

L'esecuzione del *check-up* determina automaticamente per il Contraente uno **sconto del 10%** sul premio annuale relativo alla prestazione principale della Versione prescelta. Qualora l'Assicurato abbia scelto di effettuare il *check-up* presso strutture non convenzionate, verrà applicato esclusivamente sull'annualità di premio successiva, a titolo di rimborso forfettario, un ulteriore sconto pari ad Euro 30,00.

Per quanto tempo?

Lo sconto di premio del 10% sarà valido per 2 annualità consecutive di contratto, al termine delle quali il premio dovrà essere pagato senza sconti, a meno di rinnovo del *check-up* in tempi utili (da 6 a 3 mesi antecedenti alla scadenza dell'annualità).

In fase di sottoscrizione, qualora l'Assicurato dichiari di aderire al programma, avrà lo sconto del 10% sulle prime due annualità di premio; se non ha effettuato/effettua il *check-up* tra i 6 mesi precedenti e quelli successivi alla data di sottoscrizione, lo sconto non verrà più riconosciuto sulla seconda annualità di premio.

Servizio di pro-memoria

La Compagnia offre inoltre fin da subito, ad ogni Contraente, un **Servizio di SMS ed e-mail** che ricordano la possibilità di eseguire il *check-up* periodico e forniscono tutti gli strumenti e le informazioni relativi al *check-up* stesso.

Le comunicazioni vengono inviate:

- alla sottoscrizione, solo ai Contraenti che aderiscono subito al Care Program;
- sei mesi prima di ogni ricorrenza biennale del contratto, a tutti i Contraenti indipendentemente dall'adesione al Care Program.

Il Contraente può decidere, in fase di sottoscrizione o successivamente, di non ricevere gli SMS/e-mail, senza che questo gli precluda la possibilità di inviare i referti del *check-up* e quindi di ricevere lo sconto.

Il cliente in ogni momento può comunque richiedere per telefono alla Compagnia di riattivare il servizio di SMS ed e-mail.

ESEMPI

1. adesione al Care Program, in fase di sottoscrizione, con *check-up* gratuito

Data sottoscrizione contratto: **07/14**

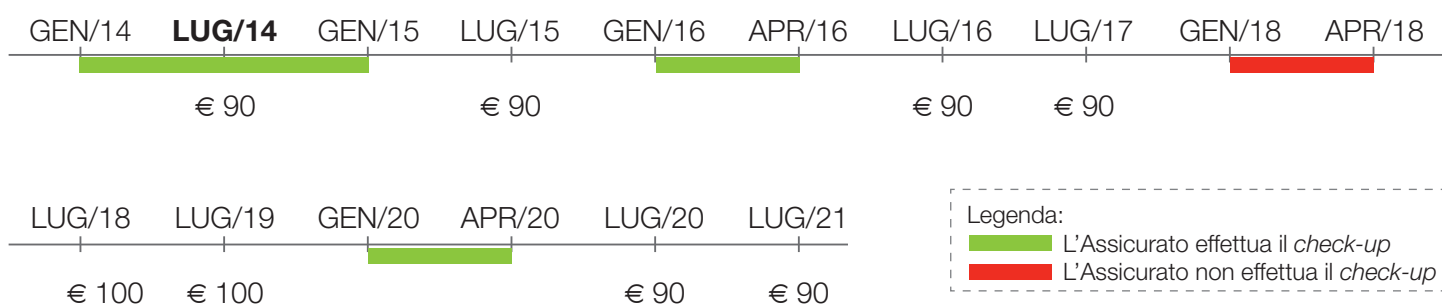
Durata contratto: 10 anni

Premio annuo costante (senza adesione al Programma): 100 Euro

Primo premio annuo (da versare alla sottoscrizione) scontato: 90 Euro

Secondo premio annuo scontato: 90 euro

Ogni biennio l'Assicurato potrà decidere di effettuare nuovamente il *check-up*; in conseguenza delle scelte dell'Assicurato il premio continuerà ad essere pari a 90 euro oppure diventerà pari a 100 euro.



2. adesione al Care Program, in fase di sottoscrizione, con *check-up* non convenzionato

Data sottoscrizione contratto: **07/14**

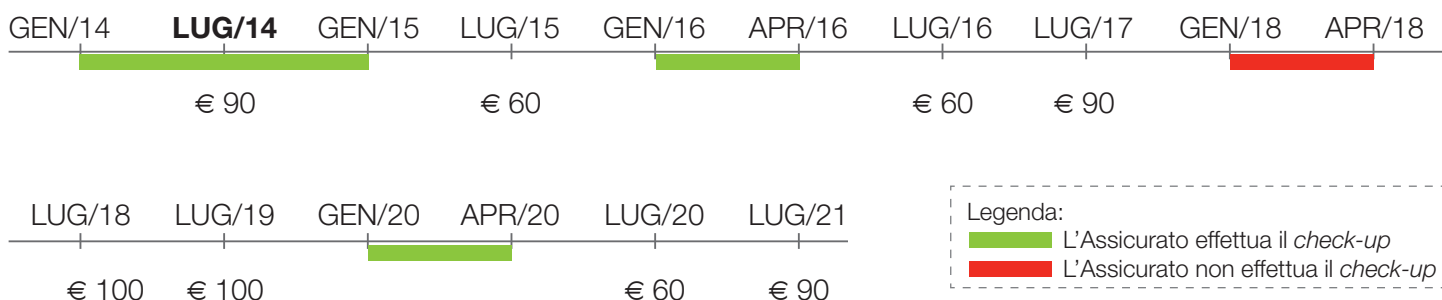
Durata contratto: 10 anni

premio annuo costante (senza adesione al Programma): 100 euro

Primo premio annuo (da versare alla sottoscrizione) scontato: 90 euro

Secondo premio annuo scontato (10% e 30 euro): 60 euro

Ogni biennio l'Assicurato potrà decidere di effettuare nuovamente il *check-up*; in conseguenza delle scelte dell'Assicurato il premio continuerà ad essere pari a 90 euro oppure diventerà pari a 100 euro.



Cos'è il Profilo Preferred?

Art. 18 - Profilo Preferred

Il "Profilo Preferred" è il riconoscimento, da parte della Compagnia, di un livello di eccellenza agli esiti del *check-up* del Care Program.

Cosa devo fare per ottenerlo?

L'Assicurato, per poter ricevere dalla Compagnia il "Profilo Preferred", è necessario innanzitutto che:

- abbia effettuato almeno un *check-up* del Care Program,
- risulti "non fumatore",
- abbia compilato, se richiesto, il Questionario Sanitario presente nel Modulo di Proposta ed abbia risposto positivamente alle prime 11 domande del medesimo,
- risulti esente da sovrappresi, qualora non fosse richiesta la compilazione del Questionario Sanitario.

Quando divento Preferred?

Infine, il "Profilo Preferred" è definitivamente acquisito dall'Assicurato a partire dalla data del primo *check-up* che soddisfa almeno 6 tra i seguenti 7 criteri:

Fattori di rischio	Preferred
BMI (Indice di Massa Corporea)	tra 18,5 e 27 kg/m ²
Circonferenza addominale	massimo 94 cm
Pressione sistolica	massimo 135 mmHg
Pressione diastolica	massimo 85 mmHg
Glicemia FBS	massimo 100 mg/dl
Colesterolo LDL	massimo 130 mg/dl
Trigliceridi	massimo 200 mg/dl

Che vantaggi ottengo?

Il "Profilo Preferred" determina automaticamente per il Contraente uno **sconto del 10%** sul premio annuale relativo alla prestazione principale della Versione prescelta ed è **cumulabile con gli eventuali sconti del Care Program**.

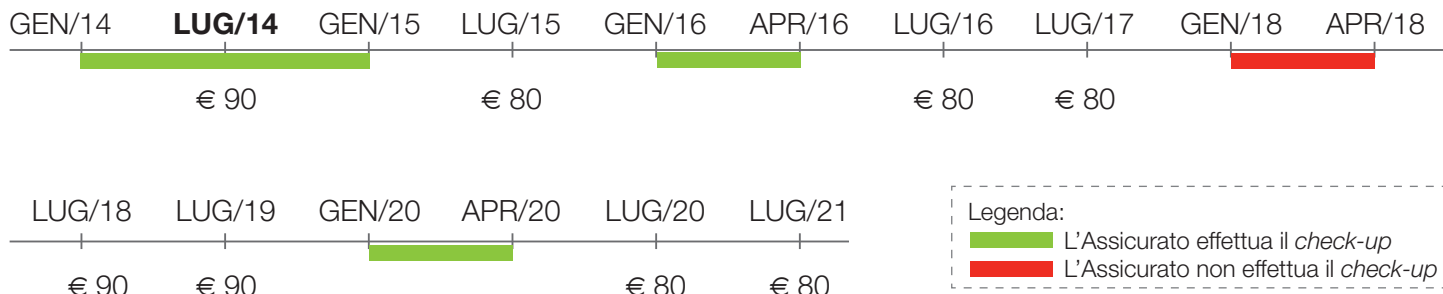
Per quanto tempo?

Lo sconto di premio del 10%, per il "Profilo Preferred", sarà valido per tutta la durata residua del contratto.

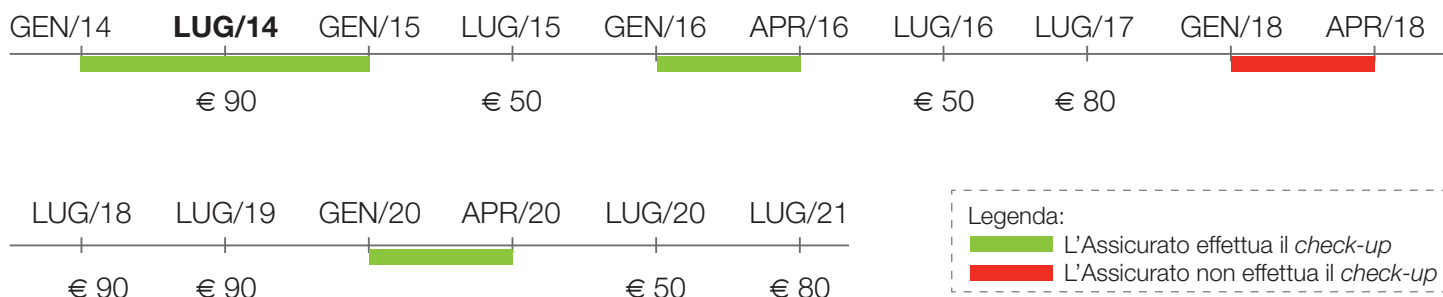
ESEMPI

Nel caso in cui il cliente abbia scelto di pagare il premio annuo di importo minimo (pari a 100 Euro) ed in fase di sottoscrizione abbia aderito al “**Care Program**”, e qualora l’anno successivo ottenga il Profilo Preferred, dovrà corrispondere il seguente flusso di premi, distinto per gli esempi 1 e 2 dell’Art. 17:

1. adesione al Care Program, in fase di sottoscrizione, con *check-up* gratuito ed ottenimento del “Profilo Preferred”



2. adesione al Care Program, in fase di sottoscrizione, con *check-up* non convenzionato ed ottenimento del “Profilo Preferred”



Art. 19 - Mancato versamento dei premi: risoluzione

Il mancato versamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi trenta giorni dalla sua scadenza, la risoluzione del contratto ed i premi pagati restano acquisiti alla Compagnia.

A giustificazione del mancato versamento del premio il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza.

Art. 20 - Ripresa del versamento dei premi: riattivazione

Il contratto risolto per mancato versamento dei premi, dopo che siano trascorsi più di trenta giorni dalla data di scadenza della prima rata di premio non versata, può essere riattivato entro un anno da tale data.

Qualora, però, siano trascorsi più di sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

La riattivazione viene concessa dietro versamento di tutti i premi arretrati, aumentati degli interessi legali calcolati sulla base del periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione.

La riattivazione del contratto ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il versamento dell'ammontare dovuto - le prestazioni assicurate ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del versamento dei premi.

Parte IV - Vicende contrattuali

Art. 21 - Pegno e vincolo

Il Contraente può dare in pegno il contratto o vincolare le prestazioni. Tali atti diventano efficaci nei confronti della Società solo quando la stessa ne abbia fatto annotazione su apposita appendice.

Qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle suddette garanzie richiede l'assenso scritto del pignoratario o vincolatario.

Parte V - Pagamenti della Società

Art. 22 - Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti da parte della Società deve essere consegnato il **Documento di Polizza** e le **eventuali Appendici**, oppure l'apposita dichiarazione di smarrimento e, se del caso, i documenti necessari ad individuare gli aventi diritto.

Ad ogni richiesta devono essere allegati le **coordinate bancarie (codice IBAN)** su cui effettuare il bonifico.

Oltre alla documentazione di cui sopra, si riporta di seguito la documentazione necessaria nei singoli casi di liquidazione:

1) Decesso dell'Assicurato

Qualora si verifichi il **decesso** dell'Assicurato, il pagamento della prestazione è subordinato all'invio della seguente ulteriore documentazione, in originale o in copia conforme all'originale:

- il certificato di morte;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, da produrre presso il Comune di residenza del de-cuius, qualora i beneficiari caso morte indicati nel documento di polizza non siano identificabili da parte della Società e/o qualora Contraente e Assicurato coincidano, in modo che dall'atto di notorietà risulti se il Contraente/Assicurato abbia lasciato testamento o meno;
 - in presenza di testamento deve essere allegata una copia autenticata dell'ultimo testamento ritenuto valido e non impugnato, per semplice visione;
- indicazione della causa del decesso dell'Assicurato, allegando:
 - in caso di decesso per cause naturali, "relazione del medico" redatta, su apposito modello predisposto dalla Compagnia, dal medico curante dell'Assicurato, nella forma più dettagliata ed esauriente possibile, a spese degli interessati;
 - in caso di decesso per evento accidentale, copia del verbale dell'Autorità che ha effettuato la perizia dell'eventuale incidente.

La Società si riserva la facoltà di indicare tempestivamente l'ulteriore documentazione che dovesse occorrere qualora il singolo caso presentasse particolari esigenze istruttorie.

La Società esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

Instant Benefit

Ai fini esclusivi dell'ottenimento dell'anticipazione della prestazione è sufficiente inviare e comunicare alla Società, all'indirizzo e-mail instant_benefit@genertellife.it, quanto di seguito elencato:

- copia del Documento di Polizza oppure relativa dichiarazione di smarrimento;
- copia conforme all'originale del certificato di morte;
- copia della carta d'identità del beneficiario;
- coordinate bancarie (codice IBAN) su cui effettuare il bonifico;
- intestatario del c/c.

La Società esegue il pagamento dell'Instant Benefit entro 3 giorni lavorativi a partire dal giorno della ricezione della predetta documentazione qualora essa pervenga entro le ore 11:00. In caso contrario, il pagamento avverrà entro i 3 giorni lavorativi successivi.

2) Invalidità totale e permanente dell'Assicurato, per la Versione temporanea caso morte e invalidità totale e permanente ed eventuale ITPx2

Qualora si verifichi l'**invalidità totale e permanente dell'Assicurato**, il pagamento della prestazione è subordinato all'invio della seguente ulteriore documentazione, in originale o in copia conforme all'originale:

- un rapporto particolareggiato del medico curante (o del medico specialista) sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che ha prodotto l'invalidità, unitamente a tutta la documentazione medica relativa.

In caso di invalidità dell'Assicurato l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento è determinata con i criteri e le modalità previste all'Art. 7.2.

La Società si riserva la facoltà di indicare tempestivamente l'ulteriore documentazione che dovesse occorrere qualora il singolo caso presentasse particolari esigenze istruttorie.

In caso di riconoscimento dello stato di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, poiché il pagamento della prestazione è subordinato alla persistenza dell'invalidità, la liquidazione della prestazione sarà frazionata secondo le seguenti modalità:

- 20% della prestazione principale al termine del periodo di accertamento (si veda Art. 7.2);
- 80% della prestazione principale dopo ulteriori dodici mesi se perdura lo stato di invalidità;
- 100% dell'eventuale prestazione complementare ITPx2 dopo ulteriori dodici mesi se perdura lo stato di invalidità.

I suddetti importi debbono intendersi maggiorati degli interessi moratori a decorrere dal trentesimo giorno successivo ai singoli momenti prestabiliti.

Successivamente al pagamento di una parte del capitale, qualora lo stato di invalidità totale come definito all'art. 7 non perduri, la Società interrompe la liquidazione del capitale residuo dandone comunicazione scritta al Contraente.

Il Contraente può ripristinare, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra, la copertura assicurativa per la prestazione residua, versando tutte le rate di premio non corrisposte senza interessi; decorso tale termine, il contratto si risolve definitivamente e non è più ripristinabile.

Le rate di premio non corrisposte e i premi successivi verranno riproporzionati in funzione del nuovo capitale assicurato.

3) Recesso

La comunicazione di recesso deve essere inviata a mezzo lettera raccomandata alla direzione della Società.

La Società esegue i pagamenti entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto. Per casi particolari la Società può richiedere agli interessati ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

NOTA BENE

- a) La presenza di uno o più Beneficiari minorenni o incapaci, implica per il Contraente l'obbligo di fornire alla Compagnia la dichiarazione del Giudice Tutelare che indichi la persona autorizzata ad incassare l'importo di pertinenza.
- b) Nel caso in cui il Beneficiario sia diverso dal Contraente e dall'Assicurato questi dovrà sottoscrivere ed inviare alla Compagnia l'apposito modulo "trattamento dati personali comuni e sensibili (privacy)".
- c) I risultati del *check-up* del Care Program saranno usati esclusivamente ai fini dell'ottenimento degli sconti descritti agli artt. 17 e 18 delle presenti Condizioni di Assicurazione. Le analisi non andranno ad integrare le dichiarazioni e la documentazione fornita in fase di sottoscrizione del Modulo di Proposta e pertanto non saranno in nessun modo prese in considerazione per modificare le condizioni di assunzione del rischio o per le valutazioni necessarie ai fini della liquidazione in caso di decesso o invalidità dell'Assicurato.

Ogni pagamento viene effettuato dalla Direzione della Società.

Art. 23 - Imposte e tasse

Imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Art. 24 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello di residenza o di domicilio del Contraente, o del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

Parte VI - Altre prestazioni abbinabili al contratto, opzioni e servizi aggiuntivi

Art. 25 - Assicurazione per il Caso di Morte Accidentale con raddoppio del capitale A.C.M.A. per il caso di decesso per infortunio conseguente ad Incidente Stradale (A.C.M.A.- I.S)

La prestazione principale (capitale assicurato), di cui all'Art. 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione, può essere integrata, su richiesta del Contraente, prima della conclusione del contratto, dalla prestazione complementare A.C.M.A.-I.S.

In tal caso, la Compagnia:

- qualora la morte dell'Assicurato avvenga a seguito di infortunio, si impegna a liquidare un capitale aggiuntivo pari al capitale assicurato. Tale capitale aggiuntivo in ogni caso non può essere superiore ad Euro 500.000,00;
- qualora la morte dell'Assicurato avvenga per infortunio conseguente ad incidente stradale, si impegna a liquidare un capitale aggiuntivo pari al doppio del capitale assicurato. Tale capitale aggiuntivo in ogni caso non può essere superiore ad Euro 1.000.000,00.

Esempio 1

Nel caso in cui il capitale assicurato indicato nel Documento di Polizza (prestazione principale) sia pari ad Euro 200.000,00, e sia stata attivata la presente assicurazione complementare:

- se la morte dell'Assicurato avviene per infortunio, il capitale complessivo liquidato dalla Compagnia sarà pari ad Euro 400.000,00 (200.000,00 di base + 200.000,00 aggiuntivo);
- se la morte dell'Assicurato avviene per incidente stradale, il capitale complessivo liquidato dalla Compagnia sarà pari ad Euro 600.000,00 (200.000,00 di base + 400.000,00 aggiuntivo).

Esempio 2

Nel caso in cui il capitale assicurato indicato nel Documento di Polizza (prestazione principale) sia pari ad Euro 600.000,00, e sia stata attivata la presente assicurazione complementare:

- se la morte dell'Assicurato avviene per infortunio, il capitale complessivo liquidato dalla Compagnia sarà pari ad Euro 1.100.000,00 (600.000,00 di base + 500.000,00 aggiuntivo);
- se la morte dell'Assicurato avviene per incidente stradale, il capitale complessivo liquidato dalla Compagnia sarà pari ad Euro 1.600.000,00 (600.000,00 di base + 1.000.000,00 aggiuntivo).

La presente assicurazione complementare è operante solo se espressamente indicata nel Documento di Polizza.

A tale assicurazione complementare si applicano le disposizioni previste dalle Condizioni del presente contratto in quanto compatibili ed in quanto non derogate dalle norme contenute nel presente articolo.

A) Prestazioni

Nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga in conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni obiettivamente constatabili, da lui subite per cause accidentali esterne, la Società, nei limiti della presente garanzia e delle Condizioni Particolari che seguono, si obbliga a pagare ai Beneficiari designati, oltre alle prestazioni previste per il caso di

morte dell'Assicurato dalla tariffa dell'assicurazione principale, un ulteriore capitale il cui ammontare è indicato nel Documento di Polizza, a fianco della dicitura "ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE PER MORTE ACCIDENTALE". Tale capitale viene raddoppiato nel caso in cui la morte dell'Assicurato avvenga per infortunio conseguente ad incidente stradale (A.C.M.A. - I.S.).

Il capitale A.C.M.A. rimane costante per tutta la durata del contratto.

La presente assicurazione complementare viene prestata dietro versamento del relativo premio annuo, dovuto unitamente a quello dell'assicurazione principale.

La copertura è operante soltanto se la morte si verifica entro un anno dal giorno delle lesioni anzidette.

B) Condizioni Particolari

1) Criteri di operatività della garanzia

In conformità alla condizione che la morte deve essere la conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni di cui alla precedente lettera A) resta stabilito che la garanzia non è operante nei casi di morte conseguente all'influenza che dette lesioni possono aver avuto su condizioni fisiche o patologiche dell'Assicurato preesistenti o sopravvenute come pure all'influenza che dette lesioni possono aver esercitato sull'evoluzione delle condizioni stesse.

2) Esclusioni dalla garanzia

È esclusa dalla garanzia prestata con la presente assicurazione complementare la morte dovuta a lesioni derivanti:

- a) dalla partecipazione a corse e gare in genere ed alle relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di corse podistiche, di gare bocciofile, di pesca, di tiro, di scherma e di tennis;
- b) dall'uso di mezzi di locomozione subacquei ed aerei, salvo i viaggi effettuati dall'Assicurato in qualità di passeggero su aeromobili, alla condizione che gli apparecchi ed i piloti siano muniti delle autorizzazioni regolamentari;
- c) da guerra, da insurrezioni o tumulti popolari cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- d) dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure dalle radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; è pure esclusa la morte;
- e) per lesioni sofferte in conseguenza di proprie azioni delittuose, in stato di ubriachezza e per quelle derivanti da intossicazioni determinate da abuso di psicofarmaci e da uso di sostanze stupefacenti o di allucinogeni o che, comunque, siano conseguenza di condizioni fisiche anormali;
- f) per carbonchio, per malaria, per avvelenamenti, per infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva lesioni come sopra specificate, come pure per le conseguenze delle operazioni chirurgiche e di trattamenti non resi necessari dalle lesioni stesse.

3) Estinzione della garanzia

La presente assicurazione complementare si estingue ed i relativi premi restano acquisiti alla Compagnia:

- a) in caso di sospensione del versamento del relativo premio;
- b) in caso di sospensione, cessazione od esonero - per qualsiasi ragione o causa - del versamento del premio dell'assicurazione principale;
- c) al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato;
- d) alla scadenza prestabilita dall'assicurazione.

Art. 26 - Assicurazione Invalidità Totale Permanente con raddoppio del capitale (ITPx2)

Qualora il Contraente scelga la "Versione temporanea caso morte e invalidità totale e permanente a premio annuo e a capitale costante", la prestazione principale (capitale assicurato), di cui all'Art. 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione, può essere integrata, su richiesta del Contraente stesso, prima della conclusione del contratto, dalla prestazione complementare ITPx2.

A seguito di tale integrazione la Compagnia, in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, entro la scadenza prestabilita ed in base alle modalità indicate all'art. 7 delle presenti Condizioni di Assicurazione, si impegna a liquidare un capitale aggiuntivo pari al capitale assicurato.

La somma del capitale assicurato e del capitale aggiuntivo ITPx2 non può essere in ogni caso superiore ad Euro 500.000,00.

Esempio 1

Nel caso in cui il capitale assicurato indicato nel Documento di Polizza (prestazione principale) sia pari ad Euro 200.000,00, e sia stata attivata la presente assicurazione complementare, in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, il capitale complessivo liquidato dalla Compagnia sarà pari ad Euro 400.000,00 (200.000,00 di base + 200.000,00 aggiuntivo).

Esempio 2

Nel caso in cui il capitale assicurato indicato nel Documento di Polizza (prestazione principale) sia pari ad Euro 400.000,00, e sia stata attivata la presente assicurazione complementare, in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, il capitale complessivo liquidato dalla Compagnia sarà pari ad Euro 500.000,00 (400.000,00 di base + 100.000,00 aggiuntivo).

Glossario

A Anno, annualità, annuale, annuo

Periodo di tempo pari a 365 o 366 giorni a seconda dell'anno di calendario a cui si riferisce; in ogni caso e per ogni effetto, occorre fare riferimento al numero di giorni.

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a quest'ultimo per modificarne alcuni aspetti concordati tra la Società ed il Contraente oppure dovuti per Legge.

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 dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

B Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata nel documento di polizza dal Contraente, che può coincidere o meno con il Contraente stesso e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

C Capitale in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario designato.

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

Conflitto di interessi

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Contraente

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'Assicurato e con il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

D Documento di Polizza

Documento che fornisce la prova e definisce il contratto di assicurazione.

I ISVAP

Si veda alla voce "IVASS".

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (suceduto, dal 1° gennaio 2013, in tutti i poteri, funzioni e competenze ad ISVAP) che opera sulla base di principi di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza ed economicità, per garantire la stabilità e il buon funzionamento del sistema assicurativo e la tutela dei consumatori.

L Liti transfrontaliere

Controversie tra un contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro.

M Mese, mensilità, mensile

Periodo di tempo pari a 30 o 31 o 28 o 29 giorni a seconda del mese di calendario a cui si riferisce; in ogni caso e per ogni effetto, occorre fare riferimento al numero di giorni.

Modulo di Proposta

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto di assicurazione prescelto.

P Premio

Importo che il Contraente versa alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

S Sinistro

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

Società (di Assicurazione)

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

Documento aggiornato a novembre 2014



Genertellife S.p.A. – Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 – 31021 Mogliano Veneto (Tv) – tel. 041 5939701
Capitale sociale € 168.200.000,00 int. ver. – iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 – Codice fiscale e Registro imprese Treviso 00979820321 – partita iva 06515871009 – c.p. 51 – 31021 Mogliano Veneto (Tv) p.t. – Società unipersonale appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 026, e soggetta alla direzione ed al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. – genertellife@pec.genertellife.it – www.genertellife.it

MODULO DI PROPOSTA N.

STIPULATA IL

CONVENZIONE

Contraente

COGNOME

NOME

SESSO

 M F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

PROV

INDIRIZZO DI RESIDENZA

LOCALITÀ

CAP

PROV

RECAPITO TELEFONICO

E-MAIL

INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

LOCALITÀ

CAP

PROV

Assicurando (quando diverso dal Contraente)

COGNOME

NOME

SESSO

 M F

DATA DI NASCITA CODICE FISCALE

COMUNE DI NASCITA

PROV

INDIRIZZO DI RESIDENZA

LOCALITÀ

CAP

PROV

Estremi del documento e dati integrativi del Contraente

Tipo documento

 01Carta
d'identità 02Patente
auto 03

Passaporto

 04Porto
d'armi

Numero documento

Data rilascio

Valido fino al

Autorità e località rilascio

CAB

Sottogruppo attività

 Tab. 1

Gruppo attività

 Tab. 2**Caratteristiche contrattuali**

Nome tariffa

Soggetto fumatore:

 SI NO

Adesione al Care Program alla sottoscrizione:

 SI NO Assicurazione complementare anticipo in caso di invalidità Assicurazione complementare capitale aggiuntivo in caso di invalidità Assicurazione complementare ACMA-ISDurata pagamento premi cifre lettere (è pari alla durata contrattuale meno 1 anno ogni 10 anni di contratto)Frazionamento del premio: 01 annuale 02 semestrale 12 mensile

Capitale Assicurato

Premio annuo

Di cui per le assicurazioni
complementari e accessorie

Rata di perfezionamento

Di cui per le assicurazioni
complementari e accessorie

Modalità di pagamento

Premio iniziale:

Bonifico bancario

Carta di Credito
(solo in caso di premio annuo
pari o inferiore a € 1.000)

Premi successivi:

SDD

MAV

Questionario Sanitario Assicurando

Avvertenze relative alla compilazione del Questionario sanitario:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
- anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costo a suo carico.**

1 Dichiaro di non aver mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di compilazione del presente Questionario sanitario e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta in seguito a consiglio medico a fronte di patologia preesistente. **SI NO**

Numero di sigarette fumate:

2 I miei valori somatici sono: altezza cm _____
peso Kg _____

3 Dichiaro di non soffrire attualmente, e di non aver sofferto in passato, di qualche malattia fisica o psichica o invalidità da cui non sia guarito completamente. **SI NO**

4 Dichiaro che la mia pressione arteriosa è abitualmente nella norma (inferiore a 140/90 mmHg) e che non mi sono mai stati prescritti farmaci per questa patologia. **SI NO**

5 Dichiaro che il mio peso non ha subito variazioni per più di 10 kg negli ultimi due anni. **SI NO**

6 Dichiaro di non soffrire e di non aver sofferto di tumore, ipertensione, angina pectoris, attacco ischemico transitorio, ictus, infarto miocardico, epatite, cirrosi epatica, diabete, ipercolesterolemia, obesità, insufficienza renale, insufficienza respiratoria, infezione da HIV. **SI NO**

7 Dichiaro di non essermi mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche o altre speciali indagini) che abbiano rilevato situazioni di malattia. Sono esclusi dalla dichiarazione di anomalie conseguenza di condizioni fisiologiche (ad es. lieve anemia correlata al ciclo mestruale) o condizioni patologiche a rapida e completa risoluzione e non recidivanti (come stati infettivi o infiammatori semplici). **SI NO**

8 Dichiaro di non fare uso abituale di farmaci e di non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti. **SI NO**

Per uso abituale si intende l'assunzione di farmaci per una determinata patologia, anche se in forma non continuativa. Non è necessario indicare l'utilizzo di tranquillanti (solo se utilizzati per favorire il sonno), antistaminici per allergie semplici, anticoncezionali, prodotti omeopatici.

9 Dichiaro inoltre di non abusare, e di non aver mai fatto abuso in passato, di alcol. **SI NO**

Si ritiene che una persona faccia abuso di alcol quando il suo consumo di alcol giornaliero supera le 6 unità.

Corrispondono ad un'unità di alcol rispettivamente le seguenti quantità, secondo il tipo di bevanda alcolica:

vino	1 bicchiere	125 ml
birra a gradazione normale	1/2 pinta	300 ml
superalcolico	1 bicchierino	30 ml

10 Dichiaro di non essere stato ricoverato e di non prevedere ricoveri per malattie o interventi chirurgici diversi da appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, erniectomia, emorroidectomia, deviazione del setto nasale, parto, cisti benigne, semplice chirurgia estetica, trattamento di fratture ossee semplici, artroscopie, cataratta, estrazioni dentarie. Dichiaro inoltre di non prevedere l'esecuzione in un prossimo futuro di accertamenti diagnostici quali TC, RMN, ecografie e/o di procedure invasive come coronarografie, angiografie, endoscopie del tratto digerente, respiratorio o urinario. **SI NO**

11 Dichiaro di non aver mai sottoscritto una proposta di assicurazione sulla vita, a copertura di malattie gravi (*Dread Disease*), invalidità, infortuni o assistenza di lungo periodo (*Long Term Care*) che sia stata rifiutata, rinviata o che non sia stata accettata a condizioni normali. **SI NO**

Dichiarazione di non fumatore

I sottoscritti Contraente e Assicurando dichiarano:

- a. che l'Assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della presente dichiarazione e che l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta su consiglio medico a fronte di patologia preesistente;
- b. che sussiste pertanto il requisito che consente al Contraente di sottoscrivere il Contratto di Assicurazione in oggetto;
- c. che, qualora l'Assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Società entro 30 giorni mediante lettera raccomandata.

Dichiarano inoltre di essere consapevoli:

- che le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Società e sono parte integrante del contratto;
- che qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze nella comunicazione di cui al precedente punto c, la Società si riserva l'applicazione di quanto espressamente previsto all'Art. "Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato" delle Condizioni contrattuali.

Data e luogo _____ X _____ X _____
Firma Assicurando (se diverso dal Contraente) Firma Contraente

Revocabilità della proposta

La presente proposta, nella fase che precede la conclusione del contratto e in deroga al disposto dell'art. 1887 c.c., può essere sempre revocata mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera raccomandata, presso la sede della Società. La revoca ha effetto dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. Le somme già pagate dal Contraente, diminuite della parte relativa al rischio corso, saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca.

Recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla sua conclusione mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo raccomandata, presso la sede della Società. Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha avuto notizia dell'accettazione della proposta da parte della Società. Alla comunicazione del recesso deve essere allegato, se già pervenuto, il documento di Polizza e le eventuali Appendici. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dal giorno di invio della comunicazione quale risulta dal timbro postale. La Società, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio versato, diminuito della parte relativa al rischio corso.

Beneficiari CASO MORTE

Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi;

 A

I figli nati e nati di nascitura dell'Assicurato, con diritto di accrescimento fra di loro o, se premorti, gli eredi legittimi dell'Assicurato;

 B

I genitori dell'Assicurato con diritto di accrescimento fra di loro o, se premorti, gli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato stesso;

 C

Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, gli eredi legittimi dell'Assicurato;

 D

Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso o, in mancanza, i figli dell'Assicurato;

 E

Il coniuge dell'Assicurato al momento del decesso e i figli dell'Assicurato, con diritto di accrescimento tra loro.

 F

Altro/i Beneficiario/i (indicare cognome, nome, data e luogo di nascita, codice fiscale)

NB: l'opzione "Instant Benefit" è attivabile solo nel caso in cui i Beneficiari sopra riportati siano indicati in modo puntuale (cognome, nome, codice fiscale); il Contact Plan verrà attivato solo nel caso in cui siano indicati correttamente i recapiti telefonici/indirizzi di residenza dei beneficiari. La comunicazione di eventuali variazioni dei recapiti dei Beneficiari è a carico del Contraente.

Dichiarazione del Contraente

- Dichiaro, ad ogni effetto di legge, che le informazioni e le risposte contenute nel presente documento, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, precise e complete e che non ho taciuto, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande o alle dichiarazioni riportate all'interno assumendo ogni responsabilità delle risposte e dichiarazioni stesse, anche se scritte da altri.
- Prosciolgo dal segreto tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovessi ricorrere sia prima che dopo la sottoscrizione del presente questionario, nonché gli Ospedali, le Cliniche, le Case di Cura, gli Enti e Istituti in genere, pubblici o privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che mi riguardino, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, la Società credesse di rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciarle ogni relativa informazione, certificazione e documentazione. Acconsento inoltre che la Società Assicuratrice fornisca informazioni sul mio conto ad altri Enti ai fini assicurativi o riassicurativi.

Firma Contraente

- Dichiaro inoltre di accettare integralmente le Condizioni di Assicurazione (iLife) con particolare riferimento alle condizioni di carenza da me ricevute e di cui ho preso visione.
- Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che le analisi del "Care Program" saranno usate esclusivamente ai fini della scontiistica. Le analisi non andranno ad integrare le dichiarazioni e la documentazione fornita in fase di sottoscrizione e pertanto non saranno in nessun modo prese in considerazione per modificare le condizioni di assunzione del rischio o per la valutazione dell'eventuale sinistro.
- Sono consapevole che la mancata adesione al "Care Program" comporta la perdita del diritto allo sconto del 10% fino all'eventuale successiva adesione.

Firma Contraente

- **Dichiaro di aver ricevuto i singoli documenti (Nota Informativa - Condizioni di assicurazione - Glossario Modulo di proposta) contenuti nel Fascicolo Informativo.**

Firma Contraente

Dichiarazione di rifiuto di aderire al "Care Program" alla sottoscrizione

Io sottoscritto Contraente dichiaro di non voler aderire al "Care Program" alla sottoscrizione e sono consapevole che questo mio rifiuto comporta il mancato sconto del 10% fino all'eventuale successiva adesione, così come descritto nelle Condizioni di Assicurazione.

Firma Contraente

Rifiuto di ricevere comunicazioni "Care Program"

Io sottoscritto Contraente dichiaro di non voler ricevere da parte della Compagnia comunicazioni relative al rinnovo del Care Program successivamente alla stipula del contratto.

Firma Contraente

Firme di sottoscrizione

_____ X _____ X _____
Data e luogo Firma Contraente Firma Assicurando (se diverso dal Contraente)

Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di tali informazioni ostacola la valutazione. Qualora Lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste" sotto riportata.

Informazione sui soggetti da tutelare

Lei ha carichi familiari o altri soggetti da dover tutelare? SI NO

Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

La sottoscritta Società dichiara di avere informato il Cliente dei principali motivi, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative. Il sottoscritto Cliente dichiara di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto, malgrado i motivi di inadeguatezza di seguito riportati:

Le informazioni sulle persone da tutelare non risultano compatibili con l'impegno contrattuale previsto.

GENERTELLIFE S.p.A.



X _____
Firma del Cliente

Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste

Io sottoscritto Cliente dichiaro di non voler rispondere alla domanda riportata nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto", nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

_____ X _____
Data e luogo Firma del Cliente

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

Sulla base dell'**Informativa di seguito riportata, Acconsento** al trattamento dei miei dati personali, eventualmente anche sensibili o giudiziari, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa e al trattamento da parte di questi ultimi per la predisposizione, gestione del contratto assicurativo e per le comunicazioni/informazioni ad esso connesse, anche mediante l'utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

Nome e Cognome Contraente Firma Contraente _____
Nome e Cognome Assicurando Firma Assicurando

Sulla base di quanto previsto nella citata **Informativa, Acconsento** al trattamento dei miei dati comuni effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa stessa e al trattamento da parte di questi ultimi per rilevazioni sulla qualità dei servizi o dei bisogni della clientela e per iniziative di informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi della Società, anche mediante l'utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

Nome e Cognome Contraente Firma Contraente _____
Nome e Cognome Assicurando Firma Assicurando

Sulla base di quanto previsto nella citata **Informativa, Acconsento** alla comunicazione ed al trattamento dei miei dati comuni da parte di **Società del Gruppo Generali** per iniziative promozionali di propri prodotti e servizi, anche mediante l'utilizzo di fax, posta elettronica, sms e mms.

Nome e Cognome Contraente Firma Contraente _____
Nome e Cognome Assicurando Firma Assicurando

Data e luogo _____

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs 196/2003

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società tratterà i Suoi dati personali con le modalità e procedure, effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici, strettamente necessarie per fornirLe i servizi assicurativi da Lei richiesti nonché le comunicazioni e le informazioni a quest'ultimi connesse. Inoltre, solo con il Suo consenso, tali dati saranno trattati per finalità di promozione commerciale e di ricerche di mercato, volte a migliorare i servizi offerti o a far conoscere nuovi servizi e prodotti della Società o del Gruppo Generali. Senza i Suoi dati, indicati come obbligatori, non potremo fornirLe i servizi richiesti. I Suoi dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati per il perseguimento delle finalità sopraindicate; per taluni servizi utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa ed operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti*. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione. I dati personali raccolti per formulare la proposta assicurativa saranno conservati per 12 mesi dalla data di decorrenza inserita, Lei ha diritto di conoscere in ogni momento quali sono i Suoi dati presso di noi e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento. Titolare del trattamento è Genertellife S.p.A. che si avvale di Responsabili; Responsabile designato al riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/03 è il Servizio Privacy.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al seguente indirizzo:

Servizio Privacy - Genertellife S.p.A.

Via Ferretto n. 1, 31021 Mogliano Veneto - TV - tel. 041.5939704 - fax 041.5939795

Il sito **www.genertellife.it** riporta ulteriori notizie in merito alle politiche Privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili e dei Titolari.

* Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti ed altri intermediari di assicurazione, banche, SIM; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione, strutture sanitarie, società di recupero crediti e altri erogatori convenzionati di servizi; società del Gruppo Generali, anche per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia - UIF, Ministeri, CONSAP, UCI, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile, concessionarie per la riscossione dei tributi.

Documento aggiornato a novembre 2014