



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Malattia Long Term Care

Mod.108.2014.SPE LTC

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Nota Informativa, comprensiva del glossario**
- b) Condizioni di Assicurazione**
- c) Proposta di Assicurazione**

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o della proposta di assicurazione.

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.



NOTA INFORMATIVA RESA DA CF ASSICURAZIONI S.p.A. IN RELAZIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA.

La presente nota informativa è aggiornata al 30.11.2015

la presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

Articolo 1- Informazioni generali

CF Assicurazioni S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Viale Erminio Spalla, 9 00142 Roma tel. 06.51.29.46.00 fax 06.51.29.46.50 sito: www.cfassicurazioni.com – e-mail: info@cfassicurazioni.com e cfassicurazioni@pec.it. Capitale sociale 33.000.000 i. v., - C.F./P. IVA n. 09395811004 REA CCIAA Roma n. 1160328 Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione n.1.00158 Autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa con provv. ISVAP n. 2545 del 3/08/2007 -G.U. n. 195 del 23/08/2007 Capogruppo del Gruppo assicurativo CF Assicurazioni S.p.A., iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 042

Articolo 2- Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Dati al 31.12.2014 - CF Assicurazioni S.p.A. ha :

- un patrimonio netto pari a 23,781 milioni di Euro, con un Capitale Sociale di 33 milioni di euro e Riserve patrimoniali pari a 0,046 milioni di euro;
- un indice di solvibilità di 7,761, riferito alla gestione danni, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

AVVERTENZA: La durata del contratto è annuale con tacito rinnovo. E' facoltà delle parti recedere a ogni scadenza annuale dell'assicurazione con lettera raccomandata da inoltrarsi almeno 30 giorni prima di ogni scadenza annuale. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 3-coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Sezione "A"

1a) Garanzie prestate.

La presente assicurazione garantisce a fronte di un premio annuale anticipato, gli assicurati, nei limiti del massimale mensile assicurato indicato in polizza, l'indennizzo delle spese sanitarie sostenute quando questi si trovino in uno stato di non autosufficienza.

E' considerata non autosufficiente la persona assicurata che viene a trovarsi nell'impossibilità fisica totale permanente, clinicamente accertata, di poter compiere almeno 3 delle seguenti 4 attività elementari della vita quotidiana:

- **Lavarsi:** capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo.
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni.
- **Nutrirsi:** Capacità di mangiare autonomamente cibo preparato da terzi.
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo.
- **Spostarsi:** Capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona.
- **Vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti.
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato dalla testa ai piedi. Inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche; a capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante.

E' inoltre coperto lo stato di non autosufficienza derivante dalla perdita delle capacità mentali, dovuta ad una patologia nervosa o mentale di natura organica, quali il morbo di Alzheimer o forme simili di demenza senile, che si traduce in incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza la supervisione continua da parte di una terza persona.

1b) Condizioni di pagamento delle prestazioni.

L'erogazione della rata mensile avrà inizio a partire dal 91° giorno successivo alla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza (periodo di differimento).

Rimane esclusa ogni prestazione qualora la non autosufficienza sia determinata da malattie e patologie pregresse dell'Assicurato alla data di ingresso dello stesso alla polizza cumulativa.

L'Assicurato, in caso di non autosufficienza e fintanto che persiste tale stato, percepirà un indennizzo mensile a titolo di rimborso spese forfettario indicato nella scheda di polizza con il massimo di 60 mensilità o a vita natural durante secondo la scelta operata risultante dalla scheda di polizza. Se l'assicurato non è più non autosufficiente l'erogazione dell'indennizzo mensile dell'indennizzo viene sospeso per essere riattivato senza l'applicazione di un'ulteriore franchigia di 90 giorni qualora ritorni non autosufficiente.

AVVERTENZA: Il contratto prevede esclusioni alla copertura assicurativa che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo; si rinvia, per aspetti di maggior dettaglio all'art.5 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il contratto prevede la presenza di carenze.

La garanzia decorre:

- per gli infortuni dalle ore 24 dalla decorrenza dell'Assicurazione;
- per le malattie dopo il 1° anno di decorrenza dell'Assicurazione;
- per le perdite delle capacità mentali, dovuta ad una patologia nervosa o mentale di natura organica dopo il 3° anno di decorrenza dell'Assicurazione, per aspetti di maggior dettaglio, si rinvia all'art.3 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: sono assicurabili tutte le persone da 20 a 80 anni di età. Per maggiori dettagli si rinvia all'Art.2 delle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 4: Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

AVVERTENZA: Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dalle dichiarazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio ma restano ferme le esclusioni delle garanzie qualora **lo stato di non autosufficienza esisteva già al momento della sottoscrizione** della presente polizza. **Per aspetti di maggior dettaglio si rinvia all'Art.12 delle Condizioni di Assicurazione.**

Articolo 5-Premi

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Il frazionamento è unico annuale.

AVVERTENZA:La polizza non prevede sconti.

Il pagamento del premio avverrà prettamente attraverso gli intermediari.

MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI

Assegni, bonifici.

Articolo 6- Adeguamento del premio e delle somme assicurate.

La polizza non prevede alcuna forma d'indicizzazione o adeguamenti né relativamente al premio né alle somme assicurate.

Articolo 7 - Diritto di recesso.

AVVERTENZA: in caso di sinistro, denunciato a termini di polizza non è previsto alcun recesso ma le Parti potranno agire unicamente tramite l'invio della disdetta annuale della polizza.

Articolo 8- Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto.

I diritti derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.

Articolo 9 -Legge applicabile al contratto.

La Compagnia applica al contratto la legge italiana.

Articolo 10- Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi delle assicurazioni su contratti Long Term Care, al momento della stipulazione del presente contratto, sono soggetti ad imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

Detraibilità fiscale dei premi

I Premi sui contratti Long Term Care, danno diritto a detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato qualora il Contraente sia soggetto ad imposta IRPEF.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.

Articolo 11-Sinistri - Liquidazione dell' indennizzo.

AVVERTENZA: L'insorgenza del sinistro coincide con il momento in cui si verifica il fatto dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

La presente polizza prevede determinate modalità e termini per la denuncia dei sinistri. Per aspetti di dettaglio si rinvia all' art.6 delle Condizioni di Assicurazioni.

L'Assicurato deve consentire alla Società tutte le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari ai fini dell'accertamento del danno. Laddove la Società richiede documentazione (cartella clinica, copia libretto sanitario. Etc.) le spese relative ai documenti richiesti sono a carico dell'Assicurato.

Con riferimento alle procedure liquidative si rinvia per aspetti di dettaglio agli art. 7, 8 e 11 delle Condizioni di Assicurazioni.

Articolo 12 - Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società - CF Assicurazioni S.p.A., Viale Erminio Spalla n. 9, 00142 Roma

I reclami dovranno contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;**
 - b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;**
 - c) breve ma esaustiva descrizione del motivo di lamentela;**
 - d) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze,**
- e dovranno essere inviati all'Ufficio Legale- Gestione Reclami della Società alla seguente casella di posta elettronica: – e-mail reclami@cfassicurazioni.com**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso d'assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 00187 Roma , e reperire il modello da utilizzare attraverso il link disponibile sul sito dell'Impresa.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS dovranno contenere:

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

Si precisa che in caso di 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/internalmarket/financeservices-retail/finnet/indexen.htm>). In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Articolo 13 – Arbitrato

AVVERTENZA: In caso di disaccordo sul riconoscimento dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato, o altra persona da lui designata, ha la facoltà di promuovere, entro 30 giorni dalla comunicazione ricevuta, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione Generale della Società, la decisione di un Collegio Medico, composto da 3 medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dalla Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti.

In caso di mancato accordo la scelta del terzo medico sarà demandata al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico che risiederà nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Medico decide a maggioranza, come amichevole compositore senza formalità di procedura con parere vincolante anche se uno dei componenti rifiuta di firmare il relativo verbale.

I medici, ove ritengano più opportuno potranno esprimere qualsiasi accorgimento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.). Ciascuna delle parti sopporta le spese e le competenze del proprio medico e metà di quelle del terzo. Tutte le altre spese sono a carico della parte soccombente.

AVVERTENZA: è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria

GLOSSARIO – DEFINIZIONI

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Carenza: periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci, ovvero il numero di giorni dall'inizio della efficacia della polizza durante i quali il Piano Assicurativo non è efficace relativamente agli eventi derivanti da Malattia e Perdita di Impiego. Qualora il sinistro avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di Assicurazione per sé o a favore di terzi e ne assume i relativi oneri.

Indennizzo: la somma indicata in polizza, corrisposta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Istituto di cura: l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza medico chirurgica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Polizza: il documento sottoscritto dal Contraente e dalla Società, riportante le prestazioni e le garanzie scelte, la decorrenza, la scadenza e il premio da corrispondere.

Non autosufficienza: È considerata non autosufficiente la persona Assicurata venga a trovarsi nell'impossibilità fisica totale permanente, clinicamente accertata, di poter compiere almeno 3 delle seguenti 4 attività elementari della vita quotidiana:

- **Lavarsi:** capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo.

Ciò implica che l'Assicurato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni.

- **Nutrirsi:** Capacità di mangiare autonomamente cibo preparato da terzi.

Ciò implica che l'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo.

- **Spostarsi:** Capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona.

- **Vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti.

Ciò implica che l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato dalla testa ai piedi. Inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche; a capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante.

Premio: la somma dovuta dal Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti della Società, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazione o chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura.

Sinistro: l'evento futuro, dannoso e incerto che determina la richiesta di indennizzo da parte dell'Assicurato.

Società: CF Assicurazioni S.p.A.

Si rinvia al sito internet della Società, www.cfassicurazioni.com per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative.

CF Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota informativa.

CF ASSICURAZIONI S.P.A.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

1a) Garanzie prestate.

La presente assicurazione garantisce a fronte di un premio annuale anticipato, gli assicurati, nei limiti del massimale mensile assicurato indicato in polizza, l'indennizzo delle spese sanitarie sostenute quando questi si trovino in uno stato di non autosufficienza.

E' considerata non autosufficiente la persona assicurata che viene a trovarsi nell'impossibilità fisica totale permanente, clinicamente accertata, di poter compiere almeno 3 delle seguenti 4 attività elementari della vita quotidiana:

- **Lavarsi:** capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo.
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni.
- **Nutrirsi:** Capacità di mangiare autonomamente cibo preparato da terzi.
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo.
- **Spostarsi:** Capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona.
- **Vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti.
Ciò implica che l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato dalla testa ai piedi. Inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche; a capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante.

E' inoltre coperto lo stato di non autosufficienza derivante dalla perdita delle capacità mentali, dovuta ad una patologia nervosa o mentale di natura organica, quali il morbo di Alzheimer o forme simili di demenza senile, che si traduce in incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza la supervisione continua da parte di una terza persona.

1b) Condizioni di pagamento delle prestazioni.

L'erogazione della rata mensile avrà inizio a partire dal 91° giorno successivo alla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza (periodo di differimento).

Rimane esclusa ogni prestazione qualora la non autosufficienza sia determinata da malattie e patologie pregresse dell'Assicurato alla data di ingresso dello stesso alla polizza cumulativa.

L'Assicurato, in caso di non autosufficienza e fintanto che persiste tale stato, percepirà un indennizzo mensile a titolo di rimborso spese forfettario indicato nella scheda di polizza con il massimo di 60 mensilità o a vita natural durante secondo la scelta operata risultante dalla scheda di polizza. Se l'assicurato non è più non autosufficiente l'erogazione dell'indennizzo mensile dell'indennizzo viene sospeso per essere riattivato senza l'applicazione di un'ulteriore franchigia di 90 giorni qualora ritorni non autosufficiente.

Art.2 - REQUISITI DI ASSICURABILITA'

Sono assicurabili tutte le persone fisiche:

- **di età compresa tra 20 anni e 80 anni** non compiuti alla data di stipulazione della presente polizza.

Art.3 - TERMINI DI ASPETTATIVA – CARENZE

La garanzia decorre:

- **per gli infortuni dalle ore 24 dalla decorrenza dell'Assicurazione;**
- **per le malattie dopo il 1° anno di decorrenza dell'Assicurazione;**
- **per le perdite delle capacità mentali, dovuta ad una patologia nervosa o mentale di natura organica dopo il 3° anno di decorrenza dell'Assicurazione.**

Art. 4 - VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione è valida se l'evento o gli eventi da infortuni o malattia che hanno determinato la non autosufficienza siano avvenuti o riscontrati :

- in tutto il mondo.

Art. 5 - ESCLUSIONI

Le prestazioni del presente contratto non sono dovute se:

- **lo stato di non autosufficienza esisteva già al momento della sottoscrizione;**
- **l'assicurato non sia in grado di svolgere una delle quattro attività elementari della vita quotidiana (ADL) già all'ingresso in Collettiva.**
- **l'Assicurato, al momento della sottoscrizione, risulti colpito da una invalidità superiore al 50% o abbia fatto richiesta per il suo riconoscimento.**

Sono esclusi dalla garanzia per perdita dell'autosufficienza i casi dovuti a:

- **dolo della Contraente o dell'Assicurato/ Beneficiario;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali o dolosi;**

- partecipazione attiva a guerra civile, tumulti o sommosse ed atti di terrorismo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.) e che non risultano in un'effettiva ed obiettivamente accertabile incapacità a svolgere le attività elementari della vita quotidiana;
- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- lesioni provocate volontariamente o tentato suicidio;
- abuso di alcool o uso di droghe;
- pratica di sport pericolosi: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, atletica pesante, lotta, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, speleologia, alpinismo, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere, rugby, football americano, hockey su ghiaccio, sport equestri in genere, corse o gare automobilistiche e relative prove o allenamenti e comunque qualsiasi sport svolto a livello professionistico;
- rifiuto di seguire le prescrizioni mediche;
- contaminazione chimica, batteriologica o radioattiva; trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazioni di particelle atomiche;
- fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei;
- conseguenze di infortuni, difetti fisici, anomalie congenite (oppure handicap) e/o invalidità preesistenti già diagnosticate alla data di stipula dell'assicurazione;
- infezioni da HIV.

In tali casi la Società liquiderà all'Assicurato un importo pari al rateo dell'ultimo premio pagato corrispondente al periodo mancante al successivo rinnovo annuale.

Art.6 – DENUNCIA DI SINISTRO

Qualora si manifesti uno stato di non autosufficienza ai sensi dell'art.1 delle presenti condizioni, l'Assicurato, la Contraente, o i familiari dell'avente diritto, deve/ devono farne denuncia alla Società a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione Generale della Società.

La data di denuncia corrisponde alla data di spedizione della suddetta raccomandata; l'accertamento della Società verrà effettuato a partire da tale data.

La denuncia deve essere accompagnata o seguita da un certificato del medico curante che attesti lo stato di non autosufficienza, l'epoca di esordio dei disturbi psico-motori e la precisazione circa la causa delle condizioni di non autosufficienza.

A fronte della denuncia, la Società invierà all'Assicurato un apposito questionario che dovrà essere compilato direttamente dalle persone che si occupano dello stesso nonché dal medico curante ed ospedaliero. Quest'ultimo dovrà fornire le cartelle cliniche dei ricoveri ed i risultati degli esami complementari effettuati.

Qualora l'incapacità di effettuare le azioni della vita quotidiana fosse in relazione a disturbi mentali, comunque di origine organica, è necessario che lo stato di non autosufficienza sia constatato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "Mini Mental State Examination" dal quale dovrà emergere un punteggio inferiore a 15.

L'Assicurato, su richiesta della Società, ha l'obbligo di sottoporsi, a spese della Società, a tutti gli accertamenti medici necessari per compiere la valutazione funzionale della propria capacità fisica ed è tenuto a fornire la documentazione sanitaria pertinente.

Se gli elementi dai quali bisognerebbe evincere lo stato di non autosufficienza sono insufficienti, la Società si riserva il diritto di demandare ad un medico fiduciario il compito di richiedere ulteriori informazioni al medico curante o ospedaliero ed eventualmente di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori accertamenti clinici ritenuti indispensabili.

Art.7 – ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La Società si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza entro novanta giorni dalla data della denuncia, qualora la Contraente e l'Assicurato abbiano provveduto all'inoltro di tutta la documentazione prevista dall'art.6 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Una volta riconosciuto il diritto alla prestazione, la Società corrisponderà la Rata mensile pattuita alla prima scadenza di pagamento successiva, corrispondendo anche le eventuali rate arretrate scadute prima del riconoscimento della non autosufficienza.

Il decesso dell'Assicurato durante il periodo di accertamento, qualora siano trascorsi i tre mesi di differimento, viene equiparato al riconoscimento dello stato di non autosufficienza e dà diritto alle rate di Rata mensile scadute nel frattempo, a meno che non sia già stato comunicato per iscritto il disconoscimento di tale stato.

In caso di controversia sull'esito dell'accertamento dello stato di non autosufficienza, la Contraente ha la facoltà di ricorrere al collegio medico con le modalità indicate al successivo art.9.

Art.8 – RIVEDIBILITA' DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La Società si riserva a sue spese il diritto di far sottoporre, non più di una volta l'anno, l'Assicurato non autosufficiente alle visite ed agli esami necessari ad accertare il perdurare di tale stato ed a richiedere i documenti necessari ad accertare l'esistenza in vita dell'Assicurato stesso.

Qualora l'accertamento evidenzi il recupero dell'autosufficienza la Società comunica al Beneficiario e alla Contraente la sospensione della liquidazione della Rata mensile.

In caso di controversia sull'esito della verifica dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato, o altra persona da lui designata, ha la facoltà di promuovere la decisione di un Collegio Medico Arbitrale (art.9). Nel caso in cui l'Assicurato si rifiutasse di sottoporsi ai citati controlli o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento della Rata mensile verrà sospeso.

Art.9 – COLLEGIO MEDICO ARBITRALE

In caso di disaccordo sul riconoscimento dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato, o altra persona da lui designata, ha la facoltà di promuovere, entro 30 giorni dalla comunicazione ricevuta, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione Generale della Società, la decisione di un Collegio Medico, composto da 3 medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dalla Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti.

In caso di mancato accordo la scelta del terzo medico sarà demandata al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico che risiederà nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Medico decide a maggioranza, come amichevole compositore senza formalità di procedura con parere vincolante anche se uno dei componenti rifiuta di firmare il relativo verbale.

I medici, ove ritengano più opportuno potranno esprimere qualsiasi accorgimento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.). Ciascuna delle parti sopporta le spese e le competenze del proprio medico e metà di quelle del terzo. Tutte le altre spese sono a carico della parte soccombente.

Art.10 – BENEFICIARI

Il Beneficiario della Rata mensile è la persona assicurata.

La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata. Qualora vi siano necessità particolari, la Rata mensile può essere corrisposta all'Assicurato per il tramite dell'Amministratore di Sostegno, provandone la designazione con idonea documentazione.

Art.11 – PAGAMENTI DEGLI INDENNIZZI

Ciascuna rata mensile verrà corrisposta **a titolo di rimborso spese forfettario con cadenza trimestrale posticipata (tre indennizzi di importo mensile per volta) per tutto il periodo in cui perdurerà lo stato di non autosufficienza con il massimo di 60 mensilità o vita natural durante secondo la scelta della garanzia risultante dalla scheda di polizza**, mediante bonifico bancario su un conto corrente intestato al Beneficiario.

In caso di variazione delle coordinate bancarie sulle quali viene effettuato il pagamento delle rate mensili, il Beneficiario dovrà comunicare le modifiche per posta o via fax alla Direzione della Società. Quest'ultima garantisce l'utilizzo di tali nuove coordinate per il pagamento delle rate aventi scadenza non anteriore ai 30 giorni successivi alla data di ricevimento di tale comunicazione.

In occasione di ogni ricorrenza anniversaria la Società si riserva di richiedere all'Assicurato il certificato di esistenza in vita. La Società si riserva, oltre che il diritto agli accertamenti di cui all'art.8, la facoltà di verificare l'esistenza in vita dell'Assicurato anche in epoche diverse dalla ricorrenza anniversaria, richiedendo al più una volta ogni dodici mesi l'invio alla Società di un certificato di esistenza in vita.

Qualora, trascorsi 45 giorni dall'invio della richiesta di autocertificazione, senza che questa sia pervenuta alla Società, la stessa procederà all'immediata sospensione dell'erogazione della Rata mensile.

Qualora il mancato ricevimento da parte della Società dell'autocertificazione sia dovuto a cause diverse dal decesso dell'Assicurato, il ricevimento da parte di quest'ultima di una nuova autocertificazione determina la riattivazione dell'erogazione della Rata mensile con il pagamento delle rate eventualmente rimaste in sospeso.

Durante il periodo di pagamento della Rata mensile, se l'Assicurato esce dallo stato di non autosufficienza è tenuto a darne comunicazione alla Società entro il periodo di 30 giorni. Inoltre gli eredi dell'Assicurato dovranno informare la Società del decesso dell'Assicurato entro 30 giorni seguenti la data del decesso. Le eventuali rate di Rata mensile pagate oltre il decesso dell'Assicurato o oltre l'uscita dallo stato di non autosufficienza saranno restituite alla Società.

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

La Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla scadenza pattuita, decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore del Beneficiario.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART.12 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Gli Assicurati effettueranno le dichiarazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio con questionario semplificato fermo restando le esclusioni delle garanzie qualora **lo stato di non autosufficienza esisteva già al momento della sottoscrizione** della presente polizza.

ART.13 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e gli assicurati sono esonerati dal comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; **in caso di sinistro però l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ai sensi dell'art. 1910 c.c.**

ART.14 – EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. **Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c. i premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.**

ART.15 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART.16 – AGGRAVAMENTO O RIDUZIONE DEL RISCHIO

In base alla natura della presente polizza, il Contraente è esonerato dal dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del del rischio.

ART.17 – PROROGA DELL'ASSICURAZIONE.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita al meno 30 giorni prima della scadenza da una delle parti contrattuali, la polizza è prorogata per un anno.

ART.18 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 19 – FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie relative al presente contratto il Foro Competente è quello del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato.

ART.20 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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