



Polizza Star Solution

Contratto di Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale e premio annuo costanti, con Bonus a scadenza

STAR SOLUTION

Il presente set informativo contiene:

1. Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo (DIP Vita)
2. Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo (DIP aggiuntivo Vita)
3. Condizioni di Assicurazione, comprensive delle definizioni
4. Modulo di Proposta
5. Allegati

Indice

Sommario

1. PREMESSE	3
2. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	4
Sezione A: Caratteristiche del Contratto	4
Sezione B: Assicurazione Principale – norme valide in ogni caso	8
Sezione C: Assicurazioni Complementari – Norme valide solo se scelte dal contraente (facoltative) 10	
Sezione D: Durata, limiti di età, esclusioni, assunzione del rischio e non assicurabilità	18
Sezione E: Dichiarazioni e obblighi del Contraente, dell'Assicurato e del Beneficiario	24
Sezione F - Versamenti, costi e modalità di pagamento	28
Sezione G: Entrata in vigore del Contratto e recesso	30
Sezione H: Comunicazioni e documentazione	31
Sezione I: Mancato pagamento del premio, riattivazione e risoluzione del contratto	32
Sezione L: Aspetti normativi	33
3. GLOSSARIO	36

1. PREMESSE

Le presenti Condizioni di Assicurazione disciplinano il contratto di Assicurazione sulla Vita in forma di Temporanea Caso Morte, (di seguito anche “**Assicurazione Principale - TCM**”) e le assicurazioni complementari, che possono essere sottoscritte in via facoltativa dal Contraente e che prevedono prestazioni assicurative in caso di (i) Morte da Infortunio; (ii) Morte da Circolazione Stradale; (iii) Diagnosi di Cancro, (iv) Perdita Totale di Autosufficienza; (v) Invalidità Totale e Permanente e (vi) Esonero del Pagamento dei Premio (“**Assicurazioni Complementari**”).

Nelle Condizioni di Assicurazione che seguono, si indica con “**Capitale Assicurato**”, a seconda dei casi, quello relativo all’**Assicurazione Principale – TCM o alle Assicurazioni Complementari**, come specificato nel Modulo di Proposta.

Le Condizioni di Assicurazione sono parte integrante del Set Informativo, a sua volta composto da:

- **DIP VITA**: il documento che fornisce informazioni essenziali e di sintesi del prodotto;
- **DIP Aggiuntivo VITA**: il documento che fornisce informazioni integrative e complementari - diverse da quelle pubblicitarie - rispetto al DIP VITA e alle Condizioni di Assicurazione, utili a far acquisire piena conoscenza del contratto assicurativo;
- **Condizioni di Assicurazione**: l'insieme delle norme che disciplinano il contratto di assicurazione;
- **Modulo di Proposta (“Polizza”)**: il documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione e attesta il pagamento del premio annuo costante - o rata di premio - di perfezionamento;
- **Informativa Privacy**: il documento che informa sul regolamento generale sulla protezione dei dati.

Il Set Informativo è:

- **consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto;**
- **pubblicato** su www.lifestarinsurance.com, nella pagina dedicata al Prodotto.

Nelle presenti Condizioni di Assicurazione - a corredo degli articoli e al fine di agevolarne la lettura - sono inseriti dei box di consultazione distinti in:

sezioni di **colore azzurro**: con informazioni da tener in maggior conto e sulle quali è necessario prestare la massima attenzione nonché con informazioni di supporto o esempi numerici volti a meglio chiarire alcuni termini e aspetti specifici del contratto

Inoltre, nelle presenti Condizioni di Assicurazione, sono riportate in grassetto le clausole contrattuali che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato.

Per ulteriori informazioni è sempre possibile rivolgersi all'Intermediario con il quale si è entrati in contatto o consultare il sito della Compagnia www.lifestarinsurance.com.

La Compagnia comunica tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire - anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto - con riferimento alle informazioni contenute nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

Per una maggior efficienza si raccomanda al Contraente l'invio di eventuali richieste scritte in merito al contratto direttamente all'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto.

2. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Sezione A: Caratteristiche del Contratto

Articolo 1. Obblighi della Compagnia

1.1. Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente:

- dalle presenti Condizioni di Assicurazione
- dalla proposta/Polizza
- dalle eventuali appendici rilasciate dalla Compagnia.

1.2. Per tutto quanto non espressamente regolato dal Contratto valgono le norme di legge applicabili.

Articolo 2. Contraente, Assicurato e Beneficiario

2.1. Le figure interessate al presente Contratto sono:

- **Contraente:** la persona - fisica o giuridica - che stipula il contratto e si impegna a corrispondere alla Compagnia il premio annuo costante per tutta la durata del contratto;
- **Assicurato:** la persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto;
- **Beneficiario:** la persona – fisica o giuridica – che riceve la prestazione prevista dal contratto. Il Contraente può designare in proposta/polizza uno o più Beneficiari.

2.2. Il Contraente può coincidere con l'Assicurato o il Beneficiario (per alcune Assicurazioni Complementari).

2.3. Con l'Assicurazione Principale – TCM il Contraente può assicurare la vita di un soggetto terzo. In questo caso, il soggetto terzo o il suo legale rappresentante deve rilasciare il proprio consenso scritto ad essere indicato in Polizza come Assicurato.

Articolo 3. Struttura della Polizza

3.1. Le Prestazioni Assicurative

La Polizza “**Star Solution**” appartiene alla categoria dei contratti di Assicurazione Temporanea Caso Morte (Ramo I) ed è strutturata in:

A) un'Assicurazione Principale – TCM (→ ARTICOLO 4) che garantisce:

- **in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del Contratto**, il pagamento da parte della Compagnia al Beneficiario di una prestazione pari al Capitale Assicurato;
- **in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del Contratto**, il pagamento di una prestazione caso vita, intesa come **Bonus a scadenza**.

B) sei **Assicurazioni Complementari (facoltative)** (→ SEZIONE C), che prevedono le seguenti prestazioni assicurative:

- **Morte da Infortunio:** in caso di decesso dell'Assicurato a causa di un infortunio, il pagamento da parte della Compagnia al Beneficiario di una prestazione pari al doppio del Capitale Assicurato (→ ARTICOLO 5);
- **Morte da Incidente Stradale:** in caso di decesso dell'Assicurato a causa di un incidente stradale, il pagamento da parte della Compagnia al Beneficiario di una prestazione pari al triplo del Capitale Assicurato (→ ARTICOLO 6);
- **Diagnosi di Cancro**, che garantisce il pagamento di una prestazione assicurativa nel caso in cui all'Assicurato sia diagnosticato un Cancro (→ ARTICOLO 7);
- **Perdita Totale di Autosufficienza**, che garantisce il pagamento di una prestazione assicurativa nel caso in cui l'Assicurato diventi affetto da un deficit cognitivo o da un'invalidità fisica totale e

presumibilmente permanente che non consenta di svolgere almeno 3 delle 4 “attività elementari” (→ [ARTICOLO 8](#));

- **Invalidità Totale e Permanente**, che garantisce il pagamento di una prestazione assicurativa nel caso in cui l'Assicurato, per sopravvenuta malattia organica o per infortunio, perda in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica, all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, Indipendentemente dalla professione o mestiere svolti (→ [ARTICOLO 9](#));
- **Esonero del Pagamento dei Premi**, che prevede la sostituzione della Compagnia al Contraente nel pagamento dei Premi Ricorrenti nel caso in cui nelle prime 10 annualità il Contraente dovesse riportare un'Invalidità Totale e Permanente (→ [ARTICOLO 10](#)). **La copertura è valida solo se il Contraente e l'Assicurato sono la stessa persona.**

3.2. Caratteristiche delle Assicurazioni Complementari

3.2.1. Le Assicurazioni Complementari sono facoltative. Ciò significa che il Contraente, al momento della sottoscrizione del Contratto, può decidere se: (I) non sottoscrivere alcuna Assicurazione Complementare, oppure (II) sottoscrivere una o più Assicurazioni Complementari. Tale scelta deve avvenire al momento della sottoscrizione del Contratto, specificando espressamente nella Proposta / Polizza le Assicurazioni Complementari scelte.

Le Assicurazioni Complementari devono essere sottoscritte al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione Principale. Ciò significa che le Assicurazioni Complementari non possono essere sottoscritte dopo la sottoscrizione dell'Assicurazione Principale.

Le Assicurazioni Complementari integrano l'Assicurazione Principale – TCM e sono cumulabili. Ciò significa che la prestazione assicurativa relativa a ciascuna Assicurazione Complementare è cumulabile, sia con quella relativa all'Assicurazione Principale, sia con le altre Assicurazioni Complementari, come definito all'articolo 3.2.2.

Le prestazioni assicurative Morte da Infortunio e Morte da Incidente Stradale non sono cumulabili tra loro.

ESEMPIO

Se il Contraente oltre all'Assicurazione Principale caso morte ha scelto le Assicurazioni Complementari Morte da Infortunio, Cancro e Invalidità Totale e Permanente e nel corso della durata della Polizza l'Assicurato viene diagnosticato di Cancro, rimane invalido totale e permanente (a causa del cancro o di altra malattia) e muore prima della scadenza del Contratto per Morte da Infortunio (es. caduta dal tetto), la Compagnia provvede a liquidare al Beneficiario le relative prestazioni assicurative, nell'ordine: (i) l'Assicurazione Complementare Cancro, (ii) l'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente secondo l'articolo 3.2.2, (iii) l'Assicurazione Complementare Morte da Infortunio pari al doppio del Capitale Assicurato caso Morte.

3.2.2. Il pagamento delle Prestazioni Assicurative

In caso di Morte da Infortunio, il Beneficiario ha diritto solo alla Prestazione pari al doppio del Capitale Assicurato caso Morte.

In caso di Morte da Incidente Stradale, il Beneficiario ha diritto solo alla Prestazione pari al triplo del Capitale Assicurato caso Morte.

Dopo il pagamento della prima Prestazione assicurativa tra Invalidità Totale e Permanente, Perdita Totale di Autosufficienza o Cancro (esclusi i tumori pre-invasivi e in stadio iniziale), ogni successivo Sinistro potrà essere ammesso a condizione che siano trascorsi almeno sei mesi tra i due Sinistri.

Resta inteso che:

- il pagamento della garanzia Morte mette fine al contratto e nessuna prestazione assicurativa tra Invalidità Totale e Permanente, Perdita Totale di Autosufficienza o Cancro potrà essere liquidata successivamente alla morte dell'assicurato;

- il pagamento di una o più prestazioni assicurative tra Invalidità Totale e Permanente, Perdita Totale di Autosufficienza o Cancro mantiene, invece, il diritto al pagamento della garanzia Morte;
- nel corso della copertura ogni prestazione assicurativa potrà essere liquidata solamente una volta;
- per data del Sinistro si intende rispettivamente:
 - per la copertura Cancro: la data in cui il medico specialista e/o chirurgo ha fatto richiesta del referto istologico;
 - per la copertura Perdita Totale di Autosufficienza: la data di decorrenza dello stato di non autosufficienza in base alla valutazione medica fatta dalla Compagnia;
 - per la copertura Invalidità Totale e Permanente: la data di decorrenza dello stato di Invalidità Totale e Permanente in base alla valutazione medica fatta dalla Compagnia.

3.2.3. Nelle Assicurazioni Complementari Diagnosi di Cancro, Perdita Totale di Autosufficienza, Invalidità Totale e Permanente ed Esonero dal Pagamento dei Premi il Beneficiario coincide sempre con l'Assicurato. Ciò significa che, se il Contraente ha indicato in Polizza sé stesso come Assicurato e ha indicato un soggetto terzo come beneficiario, la Compagnia liquida le prestazioni assicurative relative alle Assicurazioni Complementari (Diagnosi di Cancro, Perdita Totale di Autosufficienza, Invalidità Totale e Permanente e Esonero dal Pagamento dei premi) al Contraente-Assicurato (non alla/e persona/e indicata/e in Polizza come Beneficiario/i per l'Assicurazione Principale - TCM e/o per le Assicurazioni Complementari Morte da Infortunio e Morte per Incidente Stradale).

ESEMPIO

Se il Contraente ha indicato in polizza sé stesso come Assicurato e in caso di sua morte il figlio come Beneficiario, e ha scelto le Assicurazioni Complementari Cancro e Invalidità Totale e Permanente:

- in caso di Diagnosi di Cancro, la Compagnia provvede a liquidare la Prestazione assicurativa al Contraente-Assicurato;
- in caso di morte dell'Assicurato, la Compagnia provvede a liquidare la Prestazione assicurativa al Beneficiario, ossia al figlio del Contraente

3.3. I Capitali Assicurati

La Prestazione assicurativa corrisponde al pagamento di una somma di denaro pari a tutto o parte del Capitale Assicurato (→ DEFINIZIONI) relativo, a seconda dei casi, all'Assicurazione Principale o all'Assicurazione Complementare.

Il Capitale Assicurato rimane costante per tutta la durata del Contratto.

Il Capitale Assicurato relativo alle Assicurazioni Complementari Morte da Infortunio e Morte per Incidente Stradale è pari a quello scelto dal Contraente per l'Assicurazione Principale -TCM, fermo restando che, se la morte deriva da un Infortunio o da un incidente stradale, la Compagnia provvede a corrispondere al/i Beneficiario/i rispettivamente il doppio oppure il triplo dell'importo scelto come Capitale Assicurato.

L'Assicurazione Principale e le Assicurazioni Complementari Diagnosi di Cancro, e Invalidità Totale e Permanente hanno ciascuna un proprio Capitale Assicurato (→ DEFINIZIONI). Ciò significa che il Contraente, al momento della sottoscrizione del Contratto, deve indicare per l'Assicurazione Principale e per ciascuna delle Assicurazioni Complementari prescelte (Diagnosi di Cancro, e Invalidità Totale e Permanente) il relativo Capitale Assicurato.

L'assicurazione complementare Perdita Totale di Autosufficienza prevede una Rendita mensile. Ciò significa che il Contraente, al momento della sottoscrizione del Contratto, deve indicare per la copertura Perdita Totale di Autosufficienza l'importo della rendita mensile come previsto dall'articolo 8.5.

L'assicurazione Complementare Esonero dal Pagamento dei Premi non prevede un Capitale Assicurato. La prestazione assicurativa corrisponde al pagamento da parte della Compagnia al Contraente-Assicurato dei Premi Anni Costanti dalla data di accertamento dell'Invalidità Totale e Permanente (→ DEFINIZIONE) alla scadenza del Contratto

Il Capitale Assicurato di ciascuna Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro, e Invalidità Totale e Permanente non può essere superiore al Capitale Assicurato relativo all'Assicurazione Principale – TCM.

Il Contraente può decidere di ridurre il valore dei Capitali Assicurati relativi all'Assicurazione Principale – TCM o alle Assicurazioni Complementari in occasione della scadenza annuale del Premio Annuo Costante, sottoponendo alla Compagnia una specifica richiesta, entro e non oltre 3 (tre) mesi prima di tale scadenza. La richiesta di riduzione del/i Capitale/i Assicurato/i e/o della Rendita mensile dovrà essere inviata alla Compagnia utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dalla stessa. La Compagnia provvederà a ricalcolare il Premio Annuo Costante dandone comunicazione al Contraente, entro 30 (trenta) giorni lavorativi. La richiesta di riduzione del Capitale Assicurato e/o della Rendita Mensile e, conseguentemente, il relativo ricalcolo del Premio Annuo Costante si intendono accettati ed efficaci a far data dalla prima scadenza di Premio Annuo Costante.

Il Contraente può revocare la richiesta di riduzione del/i Capitale/i Assicurato/i e/o della Rendita Mensile entro 10 (dieci) giorni lavorativi dalla data di ricezione della predetta comunicazione da parte della Compagnia.

ESEMPIO

- Il Contraente ha sottoscritto in data 10 novembre 2023: (i) Assicurazione Principale – TCM con Capitale Assicurato pari a Euro 200.000; (ii) l'Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro con Capitale Assicurato pari a Euro 100.000 e (iii) l'Assicurazione Complementare Perdita di Autosufficienza con Rendita mensile pari a Euro 2.000 per 48 mesi.
- Il 10 agosto 2025 il Contraente invia alla Compagnia una richiesta di riduzione dei seguenti Capitali Assicurati: (i) Capitale Assicurato relativo all'Assicurazione Principale – TCM da Euro 200.000 a Euro 100.000; (ii) Capitale Assicurato relativo all'Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro da Euro 100.000 a Euro 80.000; (iii) l'Assicurazione Complementare Perdita di Autosufficienza con Rendita mensile da Euro 2000 a Euro 1000 al mese per 48 mesi.
- La Compagnia provvede a valutare la richiesta di riduzione dei Capitali Assicurati e, ove tale modifica sia possibile ai sensi delle Condizioni Generali di Contratto, invia al Contraente entro 30 giorni lavorativi la comunicazione di riduzione dei Capitali Assicurati/Rendita e del Premio Annuo Costante.

Nel suddetto caso:

- Se il Contraente intende confermare la riduzione dei Capitali Assicurati/Rendita e del Premio Annuo Costante non dovrà fare nulla. Il pagamento il 10 novembre 2025 del Premio Annuo Costante, così come ricalcolato dalla Compagnia, si considera accettazione della riduzione dei Capitali Assicurati/Rendita;
- Se il Contraente NON intende accettare la riduzione dei Capitali Assicurati/Rendita e del Premio Annuo Costante DEVE comunicarlo alla Compagnia entro 10 giorni lavorativi dal momento in cui ha ricevuto la comunicazione di modifica.

La riduzione del/i Capitale/i Assicurato/i può essere richiesta alle seguenti condizioni:

- per ridurre il/i Capitale/i Assicurato/i dell'Assicurazione Principale e/o delle Assicurazioni Complementari; ciò significa che non è possibile richiedere un aumento del/i Capitale/i Assicurato/i relativo/i all'Assicurazione Principale e/o alle Assicurazioni Complementari;
- per un numero massimo di 3 (tre) volte, in relazione alla medesima Assicurazione Principale e/o Assicurazione Complementare, durante il periodo di vigenza del Contratto;

La riduzione di premio calcolato dalla Compagnia in relazione alla riduzione del/i Capitale Assicurato/i/ Rendita sarà computata ai fini dell'erogazione del Bonus a Scadenza (→ ARTICOLO 4.3.).

Se il Contraente ha già corrisposto il Premio Annuo Costante in via anticipata triennale o quinquennale, la Compagnia provvede a rimborsare la quota parte di Premio Annuo Costante corrisposto in via anticipata relativa alla riduzione del Capitale Assicurato/Rendita. La riduzione del premio decorre dal momento della riduzione fino alla fine del periodo di pagamento del premio.

Sono previste condizioni speciali in relazione al Capitale Assicurato dell'Assicurazione Principale (→ ARTICOLO 4.5.), all'Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro (→ ARTICOLO 7.4.), all'Assicurazione Complementare Perdita Totale di Autosufficienza (→

ARTICOLO 8.5.), all'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente (→ ARTICOLO 9.5.).

3.4. I Premi

Le Assicurazioni Complementari prevedono il pagamento di un premio ulteriore rispetto a quello previsto per l'Assicurazione Principale – TCM, a copertura dello specifico rischio assunto dalla Compagnia.

Il Premio relativo all'Assicurazione Principale e a ciascuna Assicurazione Complementare viene calcolato dalla Compagnia al momento della Sottoscrizione del Contratto e viene specificato in Polizza. Esso rimane tale per tutta la Durata del Contratto per l'Assicurazione Principale e le Coperture Complementari Invalidità Totale e Permanente, Esonero del Pagamento dei Premi, Morte da Infortunio, Morte da Incidente Stradale, salvo il caso in cui il Contraente non richieda la riduzione dell/i Capitale/i Assicurato/i (→ [ARTICOLO 3.3.](#)).

Per le coperture Diagnosi di Cancro e Perdita Totale di Autosufficienza si veda il successivo articolo 3.5.

3.5. Opzione di revisione dei premi per le coperture complementari Diagnosi di Cancro e Perdita Totale di Autosufficienza.

Con riferimento alla copertura assicurativa in caso di Diagnosi di Cancro e la copertura assicurativa Perdita Totale di Autosufficienza, la Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi. In entrambi i casi, la Compagnia si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità di polizza, il nuovo premio da pagare per l'annualità assicurativa successiva. Il Contraente potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio. Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale. Il Contraente che non intenda accettare la modifica dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ricalcolata, con effetto dalla ricorrenza annuale, di un importo pari alla differenza tra la prestazione inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

Sezione B: Assicurazione Principale – norme valide in ogni caso

Articolo 4. ASSICURAZIONE PRINCIPALE

4.1. Prestazione Assicurativa

L'Assicurazione Principale prevede che in caso di Decesso dell'Assicurato la Compagnia liquidi al/i Beneficiario/i designato/i una **prestazione assicurativa in Caso di Morte in misura** pari al Capitale Assicurato indicato in Polizza.

4.2. Condizioni per l'erogazione della Prestazione Assicurativa

La prestazione in caso di morte viene riconosciuta al/i Beneficiario/i **se e solo se** -al verificarsi dell'evento- **risultino valide le seguenti condizioni:**

- il pagamento dei premi è avvenuto correttamente (→ [ARTICOLO 20](#));
- il decesso dell'Assicurato è avvenuto prima della Scadenza del Contratto (→ [ARTICOLO 11](#));
- non risultino valide e applicabili le esclusioni indicate nell'articolo (→ [ARTICOLO 14](#)).

4.3. Erogazione del bonus a scadenza in caso di vita dell'Assicurato

In caso di **sopravvivenza dell'Assicurato alla data di Scadenza del Contratto e a condizione che non siano state erogate Prestazioni assicurative per le Assicurazioni Complementari Diagnosi di Cancro, Perdita di Autosufficienza, Invalidità Totale e Permanente o Esonero dal Pagamento dei Premi**, la Compagnia riconosce al Beneficiario designato un **Bonus a scadenza**, ottenuto applicando una determinata percentuale -indicata nella Polizza- alla somma dei premi corrisposti nel corso della Durata del Contratto.

Tale percentuale varia in funzione della Scadenza contrattuale.

Anche per il riconoscimento del bonus a Scadenza la condizione necessaria è che il Contraente abbia corrisposto tutti i premi previsti dal contratto.

Di seguito si illustrano le percentuali -al variare della Scadenza contrattuale- da applicare alla somma dei premi previsti:

Bonus a scadenza (% dei premi versati)	scadenza		
	Da 20 anni a 24 anni	Da 25 anni a 29 anni	30 anni
	50%	75%	100%

Il Bonus a scadenza è calcolato sommando tutti i Premi Annui Costanti corrisposti dal Contraente per tutta la durata del Contratto, inclusi i sovrappremi (→ DEFINIZIONI).

La cessazione anticipata del Contratto prima della sua scadenza naturale (i.e. per omesso pagamento dei premi o trasferimento all'estero della residenza da parte dell'Assicurato) esclude l'erogazione del Bonus.

ESEMPI

1) Il Contraente (all'età di 34 anni) ha stipulato in data 1° giugno 2024 la Polizza per la durata di 30 anni e alla scadenza del 1° giugno 2054 (all'età di 64 anni) se il medesimo è in vita e (i) ha versato tutti i premi di polizza e (ii) non sono state erogate Prestazioni assicurative per le Assicurazioni Complementari Diagnosi di Cancro, Perdita di Autosufficienza, Invalidità Totale e Permanente o Esonero dal Pagamento dei Premi, la Compagnia riconoscerà il Bonus a scadenza di importo pari al 100% dei Premi Annui Costanti corrisposti.

2) Il Contraente (all'età di 58 anni) ha stipulato in data 1° giugno 2024 la Polizza, alla scadenza del 1° gennaio 2051 (all'età assicurativa di 85 anni) e quindi dopo 27 anni di durata del contratto, se il medesimo è in vita e (i) ha versato tutti i premi di polizza e (ii) non sono state erogate Prestazioni assicurative per le Assicurazioni Complementari Diagnosi di Cancro, Perdita di Autosufficienza, Invalidità Totale e Permanente o Esonero dal Pagamento dei Premi, la Compagnia riconoscerà il Bonus a scadenza di importo pari al 75% dei Premi Annui Costanti corrisposti.

3) Il Contraente (all'età di 63 anni) ha stipulato in data 1° giugno 2024 la Polizza, alla scadenza del 1° gennaio 2046 (all'età assicurativa di 85 anni) e quindi dopo 22 anni di durata del contratto, se il medesimo è in vita e (i) ha versato tutti i premi di polizza e (ii) non sono state erogate Prestazioni assicurative per le Assicurazioni Complementari Diagnosi di Cancro, Perdita di Autosufficienza, Invalidità Totale e Permanente o Esonero dal Pagamento dei Premi, la Compagnia riconoscerà il Bonus a scadenza di importo pari al 50% dei Premi Annui Costanti corrisposti.

4.3.1. Nel caso in cui prima della scadenza del Contratto il Contraente-Assicurato ha instaurato contro la Compagnia una vertenza in sede giudiziale e/o stragiudiziale, e relativa alla mancata erogazione di una Prestazione assicurativa per le Assicurazioni Complementari Diagnosi di Cancro, Perdita di Totale di Autosufficienza, Invalidità Totale e Permanente, Esonero dal Pagamento dei Premi, il Bonus a scadenza non verrà erogato dalla Compagnia fino alla definizione della vertenza. Sul punto si richiama la previsione dell'articolo 30.3.

4.3.2. Nel caso in cui un Sinistro venga denunciato e accolto dalla Compagnia dopo l'erogazione da parte della stessa del Bonus a scadenza, la Prestazione Assicurativa sarà pagata dedotto quanto già erogato a titolo di Bonus a scadenza.

4.4. Carenza

L'Assicurazione Principale relativa al decesso è soggetta ad un periodo di Carenza di 6 (sei) mesi, a partire dalla data di Decorrenza della Polizza.

Tale periodo di Carenza non trova applicazione se l'Assicurato fornisce alla Compagnia il Rapporto di Visita Medica prima della conclusione della Polizza.

Il periodo di Carenza non troverà applicazione qualora il decesso sia conseguenza diretta di:

- infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura, fatta eccezione per quanto indicato nelle Esclusioni;
- shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura;
- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della copertura: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, meningite cerebro spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post vaccinica.

4.5. Il Capitale Assicurato

Il Contraente determina il Capitale Assicurato al momento della Sottoscrizione della Polizza.

Il Capitale Assicurato relativo all'Assicurazione Principale non può essere inferiore a Euro 20.000. Il Contraente può chiedere alla Compagnia di prevedere un Capitale Assicurato di ammontare superiore, purché espresso in multipli di mille euro. Il Capitale Assicurato è di massimo Euro 300.000.

Il Contraente può richiedere alla Compagnia, con specifica richiesta scritta, di ridurre il valore del Capitale Assicurato in qualsiasi momento nel corso del Contratto (→ ARTICOLO 3.3.).

Sezione C: Assicurazioni Complementari – Norme valide solo se scelte dal contraente (facoltative)

Articolo 5. MORTE DA INFORTUNIO

5.1. Prestazione Assicurativa

L'Assicurazione Complementare Morte da Infortunio prevede che in caso di morte dovuta ad un Infortunio(→ DEFINIZIONE) la Compagnia liquidi al Beneficiario designato solo una prestazione assicurativa pari al **doppio del Capitale Assicurato** (ossia un capitale aggiuntivo pari al Capitale Assicurato) indicato in polizza per l'Assicurazione Principale.

ESEMPIO

Se nella Polizza è indicato che il Capitale Assicurato per l'assicurazione Principale è pari a Euro 200.000 e la morte dell'Assicurato avviene per infortunio, la Compagnia pagherà al Beneficiario designato in Polizza un importo pari a Euro 400.000 (Euro 200.000 di Capitale Assicurato + Euro 200.000 di Capitale Aggiuntivo)

5.2. Definizione di Morte da Infortunio

Per Morte da Infortunio si intende il decesso derivante esclusivamente da lesioni corporali oggettivamente constatabili che siano la diretta conseguenza di un evento fortuito, improvviso, violento ed esterno, purché il Decesso sia avvenuto entro 12 mesi da tale evento.

Fatto salvo quanto espressamente escluso all'articolo 14 in merito a professioni e sport praticati dall'Assicurato, qualora da dichiarare e non dichiarati dal medesimo, è considerata Morte da Infortunio anche il decesso causato da:

- asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, non di origine morbosa;
- avvelenamento, intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- morsicature, punture e ustioni di animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni non esclusi;
- annegamento;
- infezioni che siano conseguenza diretta di un Infortunio;
- infortuni sofferti in stato di malore e/o perdita di conoscenza;

- conseguenze di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa nonché quello derivante da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva e volontaria;
- conseguenze di voli effettuati in qualità di passeggero su aeromobili, compresi gli elicotteri da trasporto pubblico di imprese di linee aeree regolari anche durante i viaggi straordinari e speciali;
- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da Infortunio;
- effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi.

5.3. Condizioni per l'erogazione della Prestazione Assicurativa Morte da Infortunio

La presente Assicurazione Complementare è valida anche qualora il decesso dell'Assicurato non sia immediato rispetto all'Infortunio a condizione che:

- il decesso avvenga entro 12 mesi dal giorno dell'Infortunio;
- l'Infortunio ne sia la causa diretta ed esclusiva provata anatomopatologicamente.

All'Assicurazione Complementare per Morte da Infortunio si applicano le Condizioni per l'erogazione della Prestazione Assicurativa previste per l'Assicurazione Principale – TCM (→ ARTICOLO 4.2.).

Articolo 6. MORTE PER INCIDENTE STRADALE

6.1. Prestazione Assicurativa

L'Assicurazione Complementare Morte per Incidente Stradale prevede che in caso di morte dovuta ad Incidente Stradale (→ DEFINIZIONE) la Compagnia liquidi al Beneficiario designato solo una prestazione assicurativa pari al **triplo del Capitale Assicurato** (ossia un capitale aggiuntivo pari al doppio del Capitale Assicurato) indicato in polizza per l'Assicurazione Principale - TCM.

ESEMPIO

Se nella Polizza è indicato che il Capitale Assicurato per l'assicurazione Principale è pari a Euro 200.000 e la morte dell'Assicurato avviene per Incidente Stradale, la Compagnia pagherà al Beneficiario designato in Polizza un importo pari a Euro 600.000 (Euro 200.000 di Capitale Assicurato + Euro 400.000 di Capitale Aggiuntivo)

6.2. Definizione di Morte per Incidente Stradale

Per Morte da Incidente Stradale si intende il Decesso derivante esclusivamente da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili causato da veicoli o mezzi meccanici -esclusi quelli ferroviari- in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero.

6.3. Condizioni per l'erogazione della Prestazione Assicurativa

La presente Assicurazione Complementare è valida anche qualora il decesso dell'Assicurato non sia immediato rispetto all'Incidente Stradale a condizione che:

- Il decesso avvenga entro 12 mesi dal giorno dell'Incidente Stradale;
- L'Incidente Stradale ne sia la causa diretta ed esclusiva provata anatomopatologicamente.

All'Assicurazione Complementare Morte per Incidente Stradale si applicano le Condizioni per l'erogazione della Prestazione Assicurativa previste per l'Assicurazione Principale – TCM (→ ARTICOLO 4.2.).

Articolo 7. DIAGNOSI DI CANCRO

7.1. Definizione di Cancro e Cancro pre-invasivo e in stadio iniziale

Per **Cancro** si intende la diagnosi definitiva di un tumore maligno caratterizzato da crescita invasiva incontrollata e diffusione, verificata dal referto istopatologico e classificato come tumore maligno secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC-TNM (American Joint Committee on Cancer, AJCC Cancer

Staging manual). Tali tumori comprendono il linfoma maligno e le patologie maligne del midollo osseo inclusa la leucemia.

Sono esclusi dalla garanzia:

- Carcinoma in situ (CIS), tumore in situ (TIS), cancro pre-invasivo, displasia, tumori benigni, cisti e tutte le condizioni pre-maligne;
- Carcinomi basocellulari e squamocellulari della pelle, linfomi cutanei, sarcomi e dermatofibrosarcomi protuberanti confinati alla pelle (per tutti, la pelle è definita come uno o più strati epidermici, dermici e sottocutanei della pelle);
- Tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason inferiore a 7 o con uno stadio inferiore a T2bN0M0 o con uno stadio inferiore a pT2N0M0 dopo l'asportazione completa della prostata (prostatectomia radicale);
- Tumori della tiroide con stadio inferiore a T2N0M0;
- Tumori uroteliali con stadio inferiore a T1bN0M0;
- Tumori stromali gastrointestinali e tumori neuroendocrini con classificazione inferiore allo stadio prognostico II secondo l'AJCC (Ottava Edizione);
- Cancro diagnosticato sulla base di individuazione di cellule tumorali e/o di molecole associate a tumori in qualsiasi fluido corporeo (sangue, saliva, feci, urina, ecc.) in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili.

Per Cancro pre-invasivo e in stadio iniziale si intende la diagnosi definitiva di un tumore maligno in stadio pre-invasivo o di un tumore maligno in stadio iniziale, verificata da referto istopatologico.

Tutti i tumori maligni pre-invasivi e allo stadio iniziale coperti da questa garanzia sono limitati ai soli tumori maligni trattati con asportazione chirurgica.

I tumori maligni pre-invasivi devono essere classificati come carcinoma in situ (CIS), tumore in situ (TIS) o tumore borderline.

I tumori maligni in stadio iniziale devono essere classificati come cancro secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC-TNM (American Joint Committee on Cancer, AJCC Cancer Staging manual).

Sono esclusi dalla garanzia:

- Tutte le cisti;
- Carcinomi basocellulari e squamocellulari della pelle, linfomi cutanei, sarcomi e dermatofibrosarcomi protuberanti confinati alla pelle (per tutti, la pelle è definita come uno o più strati epidermici, cutanei e sottocutanei della pelle);
- Displasia classificata come LSIL o classificata meno di CIN III;
- Cancro pre-invasivo e in stadio iniziale diagnosticato sulla base di individuazione di cellule tumorali e/o di molecole associate a tumori in qualsiasi fluido corporeo (sangue, saliva, feci, urina,..) in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili.

7.1.1. La Compagnia si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi di cancro con propri medici di fiducia riservandosi anche il diritto di organizzare una visita medica di accertamento.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, la Compagnia si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di trenta giorni dalla data di ricevimento.

7.2. Prestazione Assicurativa

Se nel corso della Durata del Contratto, all'Assicurato viene diagnosticato un Cancro (→ DEFINIZIONE), la Compagnia provvede a liquidare all'Assicurato stesso le seguenti prestazioni assicurative:

- a. se la diagnosi è di Cancro pre-invasivo e in stadio iniziale (→ DEFINIZIONE), la prestazione assicurativa è pari al **10% del Capitale Assicurato** indicato in Polizza per l'Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro;

b. se la diagnosi è di **Cancro** (→ DEFINIZIONE), la prestazione assicurativa è pari al **100% del Capitale Assicurato** indicato in Polizza per l'Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro.

In caso di liquidazione della prestazione assicurativa per Diagnosi di Cancro pre-invasivo e in stadio iniziale (10% del Capitale Assicurato), l'Assicurazione Complementare relativa alla Diagnosi di Cancro, rimane attiva fino alla Scadenza della durata della copertura Diagnosi Cancro come segue:

- 90% del Capitale Assicurato indicato in Polizza per il Cancro diagnosticato allo stesso organo.
- 100% del Capitale Assicurato indicato in Polizza, se il Cancro è diagnosticato ad un organo diverso rispetto a quello diagnosticato precedentemente, comunque, entro il limite complessivo del 110% del Capitale Assicurato.
- La prestazione assicurativa per Diagnosi di Cancro pre-invasivo e in stadio iniziale sarà erogata solo una volta.

ESEMPIO

Se l'Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro prevede un Capitale Assicurato pari a Euro 100.000 (definizione articolo 7.1.) e all'Assicurato, nel corso della Durata del Contratto, vengono diagnosticati: (i) un Cancro pre-invasivo e in stadio iniziale alla tiroide e successivamente (ii) un altro cancro pre-invasivo e in stadio iniziale alla prostata e successivamente ancora (iii) un Cancro alla Prostata, la Compagnia provvede a liquidare all'Assicurato:

- Euro 10.000 per la diagnosi di Cancro pre-invasivo e in stadio iniziale alla tiroide;
- Nessuna prestazione per la diagnosi di Cancro pre-invasivo e in stadio iniziale alla prostata;
- Euro 100.000 per la diagnosi di Cancro, alla prostata.

Per l'erogazione della Prestazione assicurativa diagnosi di Cancro verrà applicato il Periodo di Sopravvivenza (→ DEFINIZIONE).

Il Periodo di Sopravvivenza si riferisce al periodo di tempo durante il quale l'assicurato resta in vita dopo che gli è stato diagnosticato un cancro.

Per ottenere la prestazione assicurativa relativa alla copertura Cancro, l'Assicurato dovrà essere in vita 30 (trenta) giorni dopo la data della diagnosi.

La durata massima dell'Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro è di 10 anni dalla sottoscrizione del contratto. Ciò significa che: (i) al decimo anno di durata, l'Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro cessa automaticamente e che (ii) se all'Assicurato viene Diagnosticato un Cancro oppure un Cancro pre-invasivo e in stadio iniziale, dopo il decimo anno di durata della Polizza, la Compagnia non è tenuta ad alcuna prestazione assicurativa.

ESEMPIO

Il Contraente ha stipulato in data 1° novembre 2023 la Polizza per la durata di 30 anni, includendo anche l'Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro. Se all'Assicurato viene diagnosticato un cancro di ogni forma in data 20 novembre 2033, la Compagnia non sarà tenuta a corrispondere alcuna prestazione assicurativa relativamente all'Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro.

7.3. Carenza

L'Assicurazione Complementare relativa alla Diagnosi di Cancro è soggetta a un periodo di Carenza (→ DEFINIZIONE) di 6 (sei) mesi, a partire dalla data di Decorrenza della Polizza.

7.4. Capitale Assicurato

Il Capitale Assicurato per l'Assicurazione Complementare relativa alla Diagnosi di Cancro

- a. è indicato dal Contraente (i) al momento della sottoscrizione del Contratto o (ii) a seguito della richiesta di modifica del Capitale Assicurato da parte del Contraente (→ ARTICOLO 3.3.);
- b. è di minimo Euro 20.000,00;
- c. è di massimo Euro 100.000,00;
- d. **non può mai essere superiore al Capitale Assicurato indicato in polizza per l'assicurazione Principale – TCM in caso di morte.**

Articolo 8. **PERDITA TOTALE DI AUTOSUFFICIENZA**

8.1. **Definizione di perdita Totale di Autosufficienza**

Per Perdita Totale di Autosufficienza si intende:

1. **un'invalidità fisica totale e presumibilmente permanente che non permetta all'Assicurato di svolgere almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana** (→ DEFINIZIONE) necessitando pertanto dell'assistenza di una terza persona, oppure
2. **un deficit cognitivo, ovvero un deterioramento o una perdita delle facoltà mentali** dovuti a causa organica identificabile e dimostrata dal peggioramento della capacità dell'Assicurato di pensare, percepire, ragionare e ricordare, comprovate da una diagnosi di un neurologo e/o gerontologo (determinato in base alla documentazione clinica e ai test neuropsicologici standard, tipo MMSE), **che comportino l'impossibilità totale di compiere almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana** anche con l'impiego di ausili specifici e che determinino la necessità di assistenza e supervisione costanti di un'altra persona.

8.2. **Definizione di "4 attività elementari della vita quotidiana" ADL (Activity of Daily Living)**

Le 4 attività elementari della vita quotidiana sono definite come segue:

1. **Lavarsi o mantenere una corretta igiene personale:** l'Assicurato non è in grado di lavarsi né la parte superiore del corpo né la parte inferiore del corpo così da mantenere, in maniera del tutto spontanea, anche in caso di incontinenza, un livello soddisfacente di igiene personale, senza l'assistenza di una terza persona, neppure con l'impiego di ausili alla non autosufficienza e/o di impianti specifici per disabilità motorie e funzionali
2. **Vestirsi:** l'Assicurato non è in grado di vestirsi e/o svestirsi né la parte superiore del corpo né la parte inferiore del corpo senza l'assistenza di una terza persona, neppure con il supporto di ausili alla non autosufficienza e/o di impianti specifici per disabilità motorie e funzionali. La capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe e/o di indossare/ togliere calze o calzini e/o di allacciarsi/slacciarsi i bottoni non è considerato determinante.
3. **Nutrirsi:** l'Assicurato non è in grado in alcun modo di consumare bevande e/o cibi preparati, tagliati e serviti senza l'assistenza di una terza persona neppure con il supporto di ausili alla non autosufficienza e/o impianti specifici per disabilità motorie e funzionali.
4. **Spostarsi:** l'Assicurato non è in grado di sedersi e/o di alzarsi da una sedia, di coricarsi e/o di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e/o viceversa senza l'assistenza di una terza persona, neppure con il supporto di ausili alla non autosufficienza e/o impianti specifici per disabilità motorie e funzionali.

8.2.1. Esclusione: Non sono assicurabili coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o avessero già' in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in assicurazione.

8.2.2. La Compagnia si riserva il pieno ed incondizionato diritto all'accertamento autonomo della Perdita Totale di Autosufficienza.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, la Compagnia si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di trenta giorni dalla data di ricevimento.

La Compagnia si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la Perdita totale di autosufficienza con propri medici di fiducia riservandosi anche il diritto di organizzare una visita medica di accertamento.

8.3. **Prestazione assicurativa**

Se nel corso della Durata del Contratto, l'Assicurato subisce una Perdita Totale di Autosufficienza (→ DEFINIZIONE), la Compagnia liquida al Beneficiario una somma pari al 100% della Rendita mensile Assicurata indicata in Polizza per l'Assicurazione Complementare Perdita Totale di Autosufficienza, la quale viene pagata al Beneficiario per un periodo massimo di 48 mesi.

La Prestazione assicurativa termina con la morte dell'Assicurato, se la medesima si verifica durante il periodo del pagamento della Rendita mensile.

Resta salvo quanto previsto dall'articolo 3.2.2.

8.4. Carenza

L'Assicurazione Complementare Perdita Totale di Autosufficienza è soggetta a un periodo di Carenza (→ DEFINIZIONE) di:

- a. **1 anno** a partire dalla data di Decorrenza della Polizza, nel caso in cui la Perdita Totale di Autosufficienza sia la conseguenza di una **malattia**;
- b. **3 anni** a partire dalla data di Decorrenza della Polizza, nel caso in cui la Perdita Totale di Autosufficienza sia la conseguenza di una **malattia nervosa o mentale**.

Se la Perdita Totale di Autosufficienza è conseguenza diretta di infortunio, non è applicato alcun periodo di Carenza.

8.5. Rendita Mensile

La Rendita Mensile per l'Assicurazione Complementare Perdita Totale di Autosufficienza:

- a. è indicata dal Contraente (i) al momento della sottoscrizione del Contratto o (ii) a seguito della richiesta di riduzione dell'importo della Rendita da parte del Contraente (→ ARTICOLO 3.3.);
- b. l'importo massimo è di Euro 2.000,00 al mese;
- c. ha una durata massima di 48 mesi.

In ogni caso l'importo complessivo della Rendita (versata in 48 mesi) non può essere superiore al Capitale Assicurato dell'Assicurazione principale (TCM).

Articolo 9. **INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE**

9.1. Definizione di Invalidità Totale e Permanente

Si intende colpito da Invalidità totale e Permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti, e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 66%.

9.2. Prestazione Assicurativa

Se nel corso della Durata della Contratto, l'Assicurato subisce un'Invalidità Totale e Permanente (→ DEFINIZIONE), la Compagnia liquida al Beneficiario una somma pari al 100% del Capitale Assicurato indicato in Polizza per l'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente.

Salvo quanto previsto all'articolo 3.2.2.

La durata massima dell'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente è di 10 anni dalla sottoscrizione del contratto. Ciò significa che: (i) al decimo anno di durata, l'Assicurazione di Invalidità Totale e Permanente cessa automaticamente e che (ii) se l'Assicurato subisce un'Invalidità Totale e Permanente dopo il decimo anno di durata della Polizza, la Compagnia non è tenuta ad alcuna prestazione assicurativa.

ESEMPIO

Il Contraente ha stipulato in data 1° maggio 2024 la Polizza per 30 anni, includendo anche l'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente. Se all'Assicurato viene accertata una situazione di Invalidità Totale e Permanente in data 25 maggio 2034, la Compagnia non sarà tenuta

a corrispondere alcuna prestazione assicurativa relativamente all'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente.

9.3. Condizioni per l'erogazione della prestazione assicurativa

La Compagnia corrisponde la prestazione assicurativa per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio o della Malattia che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti al perfezionamento del Contratto.

Pertanto, se al momento dell'Infortunio o della diagnosi della Malattia, l'Assicurato fosse affetto da menomazioni preesistenti, saranno indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio o la Malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti.

La Compagnia si riserva il pieno ed incondizionato diritto all'accertamento autonomo dell'Invalidità Totale e Permanente. Questo significa che la Compagnia non è tenuta ad osservare l'accertamento eseguito da INPS, INAIL o altro Ente Previdenziale.

Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, la Compagnia si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata per procedere al pagamento entro il termine di trenta giorni dalla data di ricevimento.

La Compagnia si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare lo stato di invalidità totale e permanente con propri medici di fiducia riservandosi anche il diritto di organizzare una visita medica di accertamento.

9.4. Carenza

L'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente è soggetta ad un **periodo di Carenza** (→ DEFINIZIONE) **di 6 (sei) mesi** a partire dalla data di decorrenza della Polizza.

Per l'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente il periodo di Carenza non trova applicazione se l'Assicurato fornisce alla Compagnia il Rapporto di Visita Medica (→ DEFINIZIONE) prima della conclusione della polizza.

Nessun periodo di Carenza troverà applicazione se l'Invalidità Totale e Permanente sia conseguenza diretta di Infortunio.

9.5. Capitale Assicurato

Il Capitale Assicurato per l'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente:

- a. è indicato dal Contraente al momento della sottoscrizione del Contratto o (ii) a seguito della richiesta di modifica del Capitale Assicurato da parte del Contraente (→ ARTICOLO 3.3.);
- b. è di minimo Euro 20.000,00;
- c. è di massimo Euro 100.000,00;
- d. non può mai essere superiore al Capitale Assicurato indicato in polizza per l'assicurazione Principale – TCM in caso di morte.

Articolo 10. ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI

10.1. Prestazione assicurativa

Se **entro i primi 10 anni di Durata del Contratto l'Assicurato subisce un'Invalidità totale e Permanente** (→ DEFINIZIONE), la Compagnia esonera il Contraente-l'Assicurato dall'obbligo di pagamento dei Premi. Ciò significa che la Compagnia si sostituisce al Contraente-l'Assicurato nel pagamento dei Premi a condizione che l'evento invalidante occorra nel corso delle prime dieci annualità.

La Compagnia pagherà le successive annualità di Premi Annui Costanti per un periodo che va **dalla data in cui la Compagnia accerta l'Invalidità Totale Permanente alla Scadenza del Contratto**.

ESEMPIO

- Contratto concluso il 30 novembre 2023;
- data evento invalidante: 24 marzo 2030;
- accertamento da parte della Compagnia dell'Invalidità Totale e Permanente: 24 maggio 2030
- durata della Polizza: 30 anni – 30 novembre 2053
- **Pagamento dei Premi da parte della Compagnia: dal 24 maggio 2030 al 30 novembre 2053**

L'Assicurazione Complementare Esonero dal Pagamento dei Premi è autonoma rispetto all'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente. Ciò significa che il Contraente in sede di sottoscrizione della Polizza può scegliere di sottoscrivere entrambe le Assicurazioni Complementari o solo una di esse.

Salvo quanto previsto all'articolo 3.2.2

ESEMPIO 1

In sede di sottoscrizione della Polizza il Contraente decide di sottoscrivere solo l'Assicurazione Complementare Esonero dal Pagamento dei Premi.

Dopo 5 anni di durata del Contratto, l'Assicurato (che coincide con il Contraente) subisce un'Invalidità Totale e Permanente. In questo caso, la Compagnia esonera il Contraente-Assicurato dal pagamento del Premio Annuo Costante successivo – o dalle rate successive di Premio – fino alla scadenza del Contratto.

In questo caso, il Beneficiario non ha diritto alla prestazione relativa all'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente.

ESEMPIO 2

In sede di sottoscrizione della Polizza il Contraente decide di sottoscrivere sia l'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente (con un capitale assicurato di Euro 20.000) sia l'Assicurazione Complementare Esonero dal Pagamento dei Premi.

Dopo 5 anni di durata del Contratto, l'Assicurato (che coincide con il Contraente) subisce un'Invalidità Totale e Permanente. In questo caso, la Compagnia (i) liquida al Contraente Euro 20.000 come prestazione dell'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente e (ii) esonera il Contraente-Assicurato dal pagamento del Premio Annuo Costante successivo – o dalle rate successive di Premio – fino alla scadenza del Contratto.

10.2. Carenza

L'Assicurazione Complementare Esonero dal Pagamento dei Premi è soggetta a un periodo di Carenza (→ DEFINIZIONE) di 6 (sei) mesi nel caso in cui l'Invalidità Totale e Permanente (→ DEFINIZIONE) sia dovuta a malattia. Ciò significa che, se l'Assicurato subisce un'Invalidità Totale e Permanente dovuta a malattia nei primi sei mesi dalla conclusione del Contratto, l'Assicurazione Complementare Esonero dal Pagamento dei Premi cessa e la Compagnia provvederà a rimborsare al Contraente la parte di premio destinata a tale Assicurazione Complementare. In tal caso il Contraente-Assicurato non è esonerato dal pagamento dei Premi relativi all'Assicurazione Principale -TCM e alle altre Assicurazioni Complementari eventualmente scelte dal Contraente-Assicurato in sede di sottoscrizione del Contratto.

Se l'Invalidità Totale e Permanente nei primi 6 mesi di Durata del Contratto è conseguenza diretta di Infortunio, non si applicano le previsioni di cui al presente articolo relative al Periodo di Carenza.

Articolo 11. DURATA DEL CONTRATTO, DELL'ASSICURAZIONE PRINCIPALE E DELLE ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI

11.1. Durata del Contratto

Il Contratto ha durata di 30 anni, salvo che l'Assicurato non abbia raggiunto l'età massima assicurabile (→ ARTICOLO 12) in un minor tempo.

11.2. In ogni caso il Contratto scade con la scadenza dell'Assicurazione Principale – TCM.

Articolo 12. LIMITI DI ETÀ DELL'ASSICURATO

12.1. Limiti di sottoscrizione della Polizza

Il contratto prevede limiti di età dell'Assicurato sia alla data di decorrenza che alla data di scadenza del Contratto.

Il Contraente non può sottoscrivere il contratto se non ha compiuto 18 anni (età anagrafica).

Si riporta di seguito un esempio

Data di nascita	Età anagrafica al 30.06.2023	Età Assicurativa nel corso del 2023	Sottoscrizione (30.06.2023)
30.10.2005	17 anni e 8 mesi	18 anni	Non consentita
3.2.2005	18 anni e 4 mesi	18 anni	Consentita

12.2. Limiti di età relativi all'Assicurazione Principale TCM e alle Assicurazioni Complementari Morte da Infortunio, Morte da Incidente Stradale, e Perdita Totale di Autosufficienza

Al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione Principale – TCM e delle Assicurazioni Complementari Morte da Infortunio, Morte da Incidente Stradale, e Perdita Totale di Autosufficienza, l'Assicurato deve avere un'età compresa tra i 18 anni (età anagrafica) e i 75 anni (Età Assicurativa (→ DEFINIZIONE)).

Non possono rientrare in copertura soggetti con età anagrafica inferiore a 18 anni ed una Età Assicurativa (→ DEFINIZIONE) superiore a 75 anni. L'Assicurazione Principale – TCM e le Assicurazioni Complementari Morte da Infortunio, Morte da Incidente Stradale, e Perdita Totale di Autosufficienza cessano in ogni caso il giorno precedente dell'anniversario di polizza dell'anno in cui l'Assicurato raggiunge l'Età Assicurativa (→ DEFINIZIONE) di 85 anni.

Si riassumono nella seguente tabella i Limiti di Età dell'Assicurato per l'Assicurazione Principale e per le Assicurazioni Complementari Morte da Infortunio, Morte da Incidente Stradale, e Perdita Totale di Autosufficienza.

Assicurazione Principale – TCM		
Assicurazioni Complementari Morte da Infortunio, Morte da Incidente Stradale, e Perdita Totale di Autosufficienza		
alla Sottoscrizione		Alla Scadenza
Età minima	Età massima	Età massima
18 anni (età anagrafica)	75 anni (età assicurativa)	85 anni (età assicurativa)

Si riporta di seguito un esempio

ESEMPIO

- Data di sottoscrizione del contratto: 1° novembre 2023
- Data di nascita dell'Assicurato: 03 febbraio 1963
- Età assicurativa dell'Assicurato alla sottoscrizione: 60 anni
- **Scadenza dell'Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro:** 31 ottobre 2033 (10 anni)
- Scadenza dell'Assicurazione Principale e delle Assicurazioni Complementari Morte da Infortunio, Morte da Incidente Stradale e Perdita Totale di Autosufficienza: 31 ottobre 2048;
- Il Contratto scade con la scadenza dell'Assicurazione Principale – TCM (31 ottobre 2048): la **Durata effettiva del Contratto è pari a 25 anni**
- **Età dell'Assicurato alla Scadenza del Contratto: 85 anni e 9 mesi**

12.3. Limiti di età relativi all'Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro

Per la stipulazione dell'**Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro**, l'Assicurato deve avere una età compresa tra i 18 e i 65 anni. Non possono pertanto rientrare in copertura soggetti con età anagrafica inferiore a 18 anni ed una età assicurativa superiore a 65.

La copertura Diagnosi del Cancro cessa in ogni caso il giorno precedente all'anniversario di polizza dell'anno in cui l'Assicurato raggiunge l'età assicurativa di 75 anni.

Si riassumono nella seguente tabella i Limiti di Età dell'Assicurato per l'Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro.

Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro		
alla Sottoscrizione		Alla Scadenza
Età minima	Età massima	Età massima
18 anni (età anagrafica)	65 anni (età assicurativa)	75 anni (età assicurativa)

12.4. Limiti di età relativi alle Assicurazioni Complementari Invalidità Totale e Permanete ed Esonero dal Pagamento dei Premi

Per la stipulazione delle **Assicurazioni Complementari Invalidità Totale e Permanete ed Esonero dal Pagamento dei Premi**, l'Assicurato deve avere una età compresa tra i 18 e i 55 anni. Non possono pertanto rientrare in copertura soggetti con età anagrafica inferiore a 18 anni ed una Età assicurativa superiore a 55.

Le coperture Invalidità Totale e Permanente e Esonero dal Pagamento dei Premi cessano in ogni caso il giorno precedente all'anniversario di polizza dell'anno in cui l'Assicurato raggiunge l'età assicurativa di 65 anni.

Si riassumono nella seguente tabella i Limiti di Età dell'Assicurato per l'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente e per l'Assicurazione Complementare Esonero dal Pagamento dei Premi.

Assicurazioni Complementari Invalidità Totale e Permanente ed Esonero dal Pagamento dei Premi		
alla Sottoscrizione		Alla Scadenza
Età minima	Età massima	Età massima
18 anni	55 anni	65 anni

(età anagrafica)	(età assicurativa)	(età assicurativa)
------------------	--------------------	--------------------

Si riporta di seguito un esempio.

ESEMPIO
<ul style="list-style-type: none"> • Data di sottoscrizione del contratto: 1° novembre 2023 • Data di nascita dell'Assicurato: 03 febbraio 1968 • Età assicurativa dell'Assicurato alla sottoscrizione: 55 anni • Scadenza dell'Assicurazione Complementare Invalidità Totale e Permanente ed Esonero dal Pagamento dei Premi: 31 ottobre 2033 (durata massima 10 anni) • Scadenza dell'Assicurazione Principale: 31 ottobre 2053; • Il Contratto scade con la scadenza dell'Assicurazione Principale – TCM (31 ottobre 2053): la Durata effettiva del Contratto è pari a 30 anni • Età dell'Assicurato alla Scadenza del Contratto: 85 anni e 9 mesi

12.5. Limiti di età dell'Assicurato in rapporto alla durata massima del Contratto e alle tipologie di assicurazione

Di seguito si illustrano le diverse combinazioni di compatibilità tra Età Assicurativa dell'Assicurato al momento della Sottoscrizione in relazione alla tipologia di Assicurazione e Durata del Contratto:

ASSICURAZIONE	Età minima e massima di sottoscrizione	Età massima assicurabile dell'assicurato	Durata massima dell'assicurazione
Assicurazione Principale (Morte) TCM	18 anni – 75 anni	85 anni	30 anni
Morte da Infortunio	18 anni – 75 anni	85 anni	30 anni
Morte da Incidente Stradale	18 anni – 75 anni	85 anni	30 anni
Diagnosi di Cancro	18 anni – 65 anni	75 anni	10 anni
Perdita Totale di Autosufficienza	18 anni – 75 anni	85 anni	30 anni
Invalidità Totale e Permanente	18 anni – 55 anni	65 anni	10 anni
Esonero dal pagamento dei premi	18 anni – 55 anni	65 anni	30 anni

12.6. Limiti di età dell'Assicurato in rapporto alla Durata massima del Contratto e al Bonus in caso di vita a scadenza

Il Bonus previsto in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del Contratto non si applica per Contratti di durata inferiore a 20 anni. Ciò significa che il Bonus a scadenza non è previsto se l'Età Assicurativa dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Contratto è superiore a 65 anni.

Articolo 13. STATO DI FUMATORE / NON FUMATORE

È considerato **“Fumatore”** il soggetto che abbia fumato (sigarette, sigarette elettroniche, sigari, pipa, ecc.) anche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della Proposta o che abbia smesso di fumare su consiglio medico.

È considerato “**Non fumatore**” il soggetto che non abbia fumato (sigarette, sigarette elettroniche, sigari, pipa, ecc.) neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione della Proposta e che non abbia smesso di fumare su consiglio medico.

Articolo 14. **ESCLUSIONI**

14.1. Esclusioni valide per tutte le Assicurazioni (Assicurazione Principale - TCM e Assicurazioni Complementari)

Sono esclusi dalle garanzie i casi di decesso, di insorgenza di un cancro, di invalidità totale e permanente, di perdita totale di autosufficienza causati direttamente o indirettamente da:

- a. attività dolosa del Contraente, Assicurato, Beneficiario;
- b. partecipazione dell'Assicurato e/o Contraente a delitti dolosi;
- c. 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;
- d. malattie, malformazioni, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione, noti all'assicurato e non dichiarati;
- e. danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
- f. abuso di alcool e/o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e allucinogeni;
- g. infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dall'emissione della polizza. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuato nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della proposta di assicurazione;
- h. Attività professionale, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della Proposta di assicurazione o successivamente, che comporti una maggiorazione di rischio. Per le professioni sono escluse, addetti a lavori in sotterranea o su piattaforme petrolifere; lavori in altezza superiore a 15 metri (ad esempio: su impalcature, tetti, ponteggi, antennista, etc.); palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti; piloti commerciali privati (non di linea); addetti a contatto con alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni; collaudatori di veicoli; motoveicoli e/o aeromobili; militare; pompieri; agente di polizia;

La Compagnia può riservarsi di non procedere al pagamento del capitale assicurato nel caso in cui la documentazione a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta in un paese al di fuori dell'Italia.

14.2. Esclusioni valide per l'Assicurazione Principale- TCM e le Assicurazioni Complementari (Morte da Infortunio, Morte da Incidente Stradale, Perdita Totale di Autosufficienza, Invalidità Totale e Permanente e Esonero dal Pagamento dei Premi)

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'articolo 14.1, sono **esclusi dalle garanzie i casi di decesso, di Invalidità Totale e Permanente, di Perdita Totale di Autosufficienza causati direttamente o indirettamente da:**

- a. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, 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 e l'evento assicurato avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- b. soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- c. 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;

- d. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- e. attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della Proposta di assicurazione o successivamente, che comporti una maggiorazione di rischio. Per gli sport sono esclusi: alpinismo oltre i 4000 metri, arrampicata, scalate su ghiaccio, sci d'alpinismo in solitaria o con spedizioni extraeuropee, speleologia, sport aerei (come ad esempio paracadutismo, parapendio, deltaplano, ultraleggeri, aliante, volo acrobatico), sport motoristici (come ad esempio automobilismo, motociclismo e motonautica), sport acquatici (come ad esempio immersioni subacquee, kitesurf), vela d'altura, ippica, pugilato e altre forme di boxe, sport estremi in genere (come ad esempio base jumping, rooftopping, parkour, speedflying, canyoning);

14.3. Esclusione dell'Assicurazione Principale – TCM e le Coperture Complementari Morte da Infortunio, Morte da Incidente Stradale in caso di suicidio dell'Assicurato

In aggiunta alle Esclusioni indicate agli articoli 14.1 e 14.2, **è escluso dalle garanzie il decesso causato direttamente o indirettamente da suicidio**, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore del Contratto, trascorso questo periodo, se avviene entro i primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto.

Articolo 15. ASSUNZIONE DEL RISCHIO

15.1. Assunzione del rischio da parte della Compagnia

La Compagnia ha sempre la necessità di acquisire le informazioni sull'Assicurato in merito alle sue:

- a. condizioni di salute;
- b. abitudini di vita;
- c. attività professionali e sportive praticate (amatoriali e professionali).

Tali informazioni di base sono ricavabili dal **questionario anamnestico ed altri questionari sanitari, delle attività professionali e sportive, che costituiscono** parte integrante della proposta/polizza.

La sottoscrizione del Contratto è subordinata alla dichiarazione preliminare circa lo stato di non fumatore o fumatore dell'assicurando e alla compilazione da parte dello stesso di un questionario anamnestico.

In base alle risposte date al questionario anamnestico la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, e/o visita medica e/o accertamenti sanitari.

I costi della visita medica e degli accertamenti sanitari sono a carico dell'Assicurato.

15.2. Assunzione senza visita medica

A determinate condizioni descritte di seguito, per il perfezionamento del Contratto la Compagnia necessita della sola compilazione del questionario e assume il contratto senza alcun preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e dunque senza richiedere allo stesso:

- a. la visita medica;
- b. gli accertamenti sanitari.

Valendo le condizioni di Carenza sopra indicate,

a. Se il decesso dell'Assicurato, la Diagnosi di Cancro o l'Invalidità Totale e Permanente avvengono nei primi 6 mesi dall'entrata in vigore del contratto, **la Compagnia non garantisce il Capitale Assicurato**, indicato in proposta/polizza, **né l'Esonero dal Pagamento dei Premi**, ma restituisce un **importo pari a quanto corrisposto dal Contraente al netto degli eventuali interessi di frazionamento**.

b. Se la Perdita Totale di Autosufficienza avviene:

- come conseguenza di malattia, **nel primo anno** dall'entrata in vigore del Contratto;
- come conseguenza di una malattia nervosa o mentale, **nei primi 3 anni** dall'entrata in vigore del Contratto;

di conseguenza, la Compagnia non eroga la Rendita mensile indicata in Proposta / Polizza per tale Assicurazione Complementare, ma restituisce al Contraente un importo pari alla quota parte di Premio Annuo Costante riferibile all'Assicurazione Complementare Perdita Totale di Autosufficienza, al netto degli eventuali interessi di frazionamento.

- c. Il periodo di Carenza non si applica solo per l'Assicurazione Principale (caso morte) e l'Invalidità Totale e Permanente in caso di visita medica;**
- d. La mancata applicazione del periodo di Carenza dovrà essere confermata per iscritto dalla Compagnia.**

Il Contratto può essere emesso senza visita medica e alcun accertamento sanitario solo se valgono entrambe le seguenti condizioni di età dell'Assicurato e capitale assicurato:

- Per l'Assicurazione Principale – TCM, l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del Contratto è minore o uguale a 65 anni e il Capitale Assicurato in caso di morte è minore o uguale a Euro 300.000;

ovvero

- Per l'Assicurazione complementare Diagnosi di Cancro, l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto è minore o uguale a 65 anni e il Capitale Assicurato per la copertura diagnosi di Cancro è minore o uguale a Euro 100.000;
- Per l'Assicurazione complementare Invalidità Totale e Permanente, l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del Contratto è minore o uguale a 55 anni e il Capitale Assicurato per la copertura Invalidità Totale e Permanente è minore o uguale a Euro 100.000;
- Per l'Assicurazione complementare Perdita Totale di Autosufficienza, tutte le età (18 anni – 75 anni) e la Rendita mensile è minore o uguale a Euro 2.000.

In base alle risposte date al questionario anamnestico la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere all'Assicurato ulteriore documentazione medica, e/o visita medica e/o accertamenti sanitari.

I costi della visita medica e degli accertamenti sanitari sono a carico dell'Assicurato.

Per età dell'Assicurato si intende l'età assicurativa (→ DEFINIZIONE).

15.3. Assunzione con visita medica

È sempre necessario il preventivo accertamento delle condizioni di salute -tramite visita medica e accertamenti sanitari- nelle seguenti condizioni di età dell'Assicurato e capitale assicurato:

- Per l'Assicurazione Principale – TCM (caso morte), l'età dell'Assicurato alla data di Decorrenza del Contratto è maggiore di 65 anni e il Capitale Assicurato in caso di morte è minore o uguale a Euro 300.000;

I costi della visita medica e degli accertamenti sanitari sono a carico dell'Assicurato.

15.4. Possono essere previsti:

- sovrappremi (→ DEFINIZIONI) ed esclusioni a seguito di circostanze relative alle attività professionali e sportive (amatoriali, semiprofessionali e professionali) svolte dall'Assicurato
- sovrappremi (→ DEFINIZIONI) a seguito di circostanze relative alle abitudini di vita e alle condizioni di salute dell'Assicurato.

Nel caso in cui la Compagnia decida che le abitudini di vita, le condizioni di salute e le attività professionali e sportive svolte dall'Assicurato siano tali da:

- necessitare l'applicazione di sovrappremi (→ DEFINIZIONI): informa il Contraente dell'incremento dell'importo del premio e il contratto viene stipulato soltanto se il Contraente accetta tale sovrappremio (→ DEFINIZIONI);

La Compagnia si riserva il diritto di non assumere specifici rischi, coperture o rifiutare integralmente l'assunzione del rischio.

Anche gli eventuali Sovrappremi (→ DEFINIZIONI) concorrono alla determinazione del Bonus a scadenza

Articolo 16. NON ASSICURABILITÀ

Non sono assicurabili per Perdita Totale di Autosufficienza coloro che risultassero già affetti da Invalidità Totale e Permanente e/o non autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in assicurazione.

Sezione E: Dichiarazioni e obblighi del Contraente, dell'Assicurato e del Beneficiario

Articolo 17. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN FASE DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO ASSICURATIVO

- 17.1.** Per una esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia, le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere esatte, complete e veritiere.
- 17.2.** L'Assicurato e il Contraente devono comunicare alla Compagnia ogni cambiamento di professione e/o attività svolte dall'Assicurato stesso ed intervenute in corso di Contratto, che ne modifichino il rischio.
- 17.3.** In caso di dichiarazioni inesatte, reticenti o incomplete, tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del Contratto o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni:
- a.** Se le dichiarazioni sono rilasciate **con dolo o colpa grave**:
- il Contratto è annullabile e la Compagnia ha diritto di domandarne l'annullamento entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto la reticenza o l'inesattezza della dichiarazione;
 - la Compagnia non è tenuta a pagare il Capitale caso morte se l'evento si verifica prima che sia decorso il termine di tre mesi sopra indicato;
 - la Compagnia ha diritto di trattenere i premi eventualmente pagati fino al giorno della domanda di annullamento del Contratto e, in ogni caso, il premio dovuto per il primo anno di polizza.
- b.** Se le dichiarazioni sono rilasciate **senza dolo o colpa grave**, la Compagnia può:
- recedere dal Contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - ridurre la prestazione assicurativa in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, se l'evento si verifica prima che l'inesattezza o la reticenza siano conosciute dalla Compagnia o prima che la Compagnia abbia dichiarato di recedere dal Contratto.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente o dell'Assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita del diritto alla prestazione assicurativa e la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli Artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato o dello stato di salute può comportare la rettifica/ integrazione dei premi o la risoluzione del Contratto.

Articolo 18. DESIGNAZIONE DEL BENEFICIARIO/I

- 18.1.** Il Contraente può designare uno o più Beneficiari, il/i quale/i, per effetto della designazione, diventa/no titolare/i di un diritto proprio alla prestazione assicurativa

Il Beneficiario delle prestazioni previste dalle Assicurazioni Complementari è l'Assicurato stesso.

- 18.2.** Il Contraente può in ogni momento revocare e modificare la designazione del/i Beneficiario/i, anche tramite testamento. **La revoca e la modifica del/i Beneficiario/i devono essere comunicate alla Compagnia per iscritto. In caso di mancata comunicazione alla Compagnia della modifica o della revoca del/i Beneficiario/i, la modifica o la revoca non avranno effetto.**

18.3. Il Beneficiario **NON** può essere revocato o modificato:

- a. in caso di designazione irrevocabile per dichiarazione unilaterale scritta del Contraente;
- b. dopo il decesso del Contraente;
- c. quando il Beneficiario ha dichiarato di accettare il beneficio;
- d. dopo che, verificatosi l'evento previsto, il/i Beneficiario/i abbia/no comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

Nei primi tre casi le operazioni di pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto del/i Beneficiario/i.

18.4. Qualora non risulti designato alcun Beneficiario o tutti i Beneficiari designati siano deceduti, il Capitale caso morte spetterà agli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, agli eredi legittimi dell'Assicurato.

18.5. Il Contraente può decidere di designare uno o più Beneficiari determinati, oppure di indicare Beneficiari individuati per classi o categorie (ad esempio, gli eredi testamentari o legittimi). In ogni caso, se il Beneficiario non viene individuato in forma nominativa la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari e nel pagamento del Capitale caso morte.

Il beneficiario acquisisce, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione (art. 1920 del Codice civile).

Le somme pagate ai beneficiari non rientrano, pertanto, nell'asse ereditario.

18.6. Il Contraente, nel caso manifesti esigenze di riservatezza, può far indicare nella Proposta il nominativo -corredato dai necessari dati di identificazione- del **referente terzo**, a cui far riferimento nel caso di decesso dell'Assicurato in corso di contratto. In questo caso -individuato il referente terzo- al/i Beneficiario/i designato/i **non verrà inviata alcuna comunicazione** prima dell'evento.

Articolo 19. OBBLIGHI DEI BENEFICIARI IN CASO DI SINISTRO

19.1. Denuncia di sinistro

Verificatosi uno degli eventi previsti dal Contratto, gli aventi diritto dovranno inviare direttamente alla Compagnia, o consegnare all'Intermediario con cui il Contraente intrattiene il rapporto, una richiesta di liquidazione. Tale richiesta di liquidazione deve essere trasmessa tempestivamente, in forma scritta (ponendo particolare attenzione al decorso dei **termini prescrizione, art. 19.8**) e deve essere corredata di tutti i documenti necessari a:

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

Solo a seguito del ricevimento della richiesta di liquidazione e della completezza della documentazione la Compagnia procede al pagamento.

19.2. Documenti richiesti, indipendentemente dalla tipologia di liquidazione:

- a. certificato di nascita - ovvero copia di un documento valido - dell'Assicurato se persona diversa dal Contraente: può essere consegnata al momento della sottoscrizione della proposta/polizza;
- b. copia di un documento valido, codice fiscale e indirizzo degli aventi diritto;
- c. se tra gli aventi diritto ci sono minori o incapaci: decreto del giudice tutelare che autorizzi il legale rappresentante a riscuotere la prestazione;
- d. richiesta sottoscritta dall'avente diritto nella quale devono essere indicati - per poter effettuare il bonifico - il codice IBAN e l'intestatario del conto corrente;
- e. scheda anticiclaggio. È possibile richiedere il modulo all'Intermediario;
- f. denuncia scritta del sinistro.

19.3. Documenti richiesti per il Caso di Morte (TCM, Morte da Infortunio e Morte da Incidente Stradale)

In caso di decesso dell'Assicurato, i Beneficiari devono fornire in originale o copia conforme all'originale:

- a. certificato di morte dell'Assicurato;
- b. documentazione medica integrale relativa alla causa del decesso (certificati/referti, cartelle cliniche) contenente l'anamnesi, il decorso medico/clinico, la diagnosi, la data dell'insorgenza della patologia compresi i risultati di test, esami clinici e/o strumentali; compresa la SCHEDA ISTAT e il referto dell'autopsia, se eseguita;
- c. relazione dell'ultimo medico curante da redigersi su apposito modulo;
- d. documentazione di carattere sanitario (certificati/referti, cartelle cliniche) relativa ad eventuali precedenti patologie, ricoveri e interventi subiti dall'Assicurato;
- e. in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio) a causa della quale sia intervenuta l'autorità giudiziaria, copia del verbale redatto dalle Forze dell'Ordine, e/o Certificato della procura, e/o altro documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso, inclusi i referti medico-legali, analisi ed esami tossicologici;
- f. copia autentica del testamento ovvero atto notorio o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, attestante la mancanza di eredi legittimi;
- g. se tra gli aventi diritto ci sono gli eredi legittimi: atto notorio - o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - dal quale risulti l'identità degli eredi legittimi;
- h. qualora uno dei Beneficiari sia minore di età o incapace, copia del decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al rappresentante legale dei minori o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero dell'Impresa da ogni responsabilità in ordine al pagamento;
- i. nel caso la polizza sia stata costituita in pegno, l'autorizzazione del creditore pignoratizio. In tal caso il creditore pignoratizio vanta diritti sul contratto fino al soddisfacimento della posizione debitoria del Beneficiario.

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione, non prevista nelle presenti Condizioni di Assicurazione, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

19.4. Denuncia di sinistro per Diagnosi di Cancro

In caso di Diagnosi di Cancro, il Beneficiario (che nelle Assicurazioni Complementari corrisponde sempre con l'Assicurato) deve:

- a. comunicare l'evento alla Compagnia tempestivamente e in forma scritta;
- b. trasmettere alla Compagnia la documentazione completa relativa al sinistro vale a dire, la documentazione medica integrale -in originale o copia conforme all'originale- relativa al sinistro, incluse:
 - o la documentazione relativa alla diagnosi per la copertura Diagnosi di Cancro (esito dell'esame istologico);
 - o certificato del medico curante o dello specialista che riporti la diagnosi di cui risulti affetto l'Assicurato, data della sua sopravvenienza allegando tutta la documentazione medica integrale relativa alla Diagnosi di Cancro (certificati/referti, cartelle cliniche) contenente tutto l'anamnesi, il decorso medico/clinico, la diagnosi, data dell'insorgenza compresi i risultati di test, esami clinici e/o strumentali; etc , sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.
 - o documentazione di carattere sanitario (certificati/referti, cartelle cliniche) relativa ad eventuali precedenti patologie, ricoveri e interventi subiti dall'Assicurato;

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione, non prevista nelle presenti Condizioni di Assicurazione, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

19.5. Denuncia di sinistro per Perdita Totale di Autosufficienza, Invalidità Totale e Permanente, Esonero dal Pagamento dei Premi

In caso di Perdita Totale di Autosufficienza e Invalidità Totale e Permanente, Esonero dal Pagamento dei Premi, il beneficiario (che nelle Assicurazioni Complementari corrisponde sempre con l'Assicurato) deve:

- a. comunicare l'evento alla Compagnia tempestivamente e in forma scritta;
- b. trasmettere alla Compagnia la documentazione completa relativa al sinistro vale a dire la documentazione medica integrale -in originale o copia conforme all'originale- relativa al sinistro, incluse:
 - o la documentazione INPS di dichiarazione di invalidità per la copertura Invalidità Totale e Permanente (verbale di invalidità);
 - o certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza o l'invalidità totale e permanente, recante la data della sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica dello stato di non autosufficienza o di invalidità totale e permanente, allegando la documentazione medica integrale (certificati/referti, cartelle cliniche, ecc.) contenente l'anamnesi, il decorso medico/clinico pertinente, la diagnosi, la data dell'insorgenza, il grado di disabilità, perdita anatomica o funzionale, compresi i risultati di test, esami clinici e/o strumentali; etc, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
 - o Mini Mental State Examination (MMSE), qualora la non autosufficienza sia in relazione a demenza invalidante, malattia di Alzheimer o Parkinson;
 - o documentazione medica (certificati e cartelle cliniche) relativa ad eventuali precedenti patologie, ricoveri e interventi subiti dall'Assicurato.
- c. in caso di Infortunio a causa del quale sia intervenuta l'autorità giudiziaria: copia del verbale redatto dalle Forze dell'Ordine, o Certificato della procura, o altro documento rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze dell'incidente, inclusi i referti medico-legali, analisi ed esami tossicologici.

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione, non prevista nelle presenti Condizioni di Assicurazione, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

19.6. Documenti richiesti in caso di richiesta di liquidazione del Bonus a scadenza:

- a. dichiarazione del Contraente in merito all'esistenza in vita dell'Assicurato, se persona diversa, alla data di richiesta della liquidazione.

Si richiamano integralmente le previsioni di cui agli articoli 4.3.1. e 4.3.2..

19.7. Obblighi del beneficiario e della Compagnia in caso di Sinistro

Il Beneficiario si impegna a trasmettere alla Compagnia la documentazione medica integrale relativa all'evento assicurato, al fine di consentire alla Compagnia stessa le relative e opportune valutazioni.

La mancata ricezione da parte della Compagnia della documentazione completa richiesta impedisce alla Compagnia stessa di valutare compiutamente il sinistro e potrebbe compromettere il diritto del Beneficiario a ricevere la prestazione.

La Compagnia procede al pagamento ai Beneficiari del Capitale Assicurato per il caso morte o delle prestazioni assicurative relative alle Assicurazioni Complementari entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della documentazione completa.

Le spese relative all'acquisizione della documentazione richiesta gravano sugli aventi diritto.

Nel caso di contratti gravati da vincolo o pegno è indispensabile il consenso del vincolatario o del creditore pignoratizio.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Compagnia mette a disposizione la somma dovuta entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, tra cui quella necessaria per individuare i Beneficiari.

Per **data di ricevimento della richiesta**, corredata dalla documentazione, si intende la data in cui la documentazione completa arriva alla Compagnia, ovvero all'Intermediario cui è assegnato il contratto.

Decorso tale termine, e a partire dal medesimo, sono dovuti gli interessi moratori, nella misura prevista dalla legge, a favore degli aventi diritto.

19.8. I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono:

- **in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il sinistro, per le Assicurazioni Complementari;**
- **in 10 (dieci) anni dal giorno in cui si è verificato il decesso, per l'Assicurazione Principale.**

Qualora i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti entro il termine di prescrizione decennale, la Compagnia dovrà obbligatoriamente versare le relative somme al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

Sezione F - Versamenti, costi e modalità di pagamento

Articolo 20. IL PREMIO ASSICURATIVO

20.1. Determinazione del Premio Assicurativo

Le prestazioni assicurative relative all'Assicurazione Principale e alle Assicurazioni Complementari vengono garantite dietro pagamento da parte del Contraente di un Premio complessivo da corrispondere annualmente, in misura costante, per tutta la durata del Contratto.

Il Premio Annuo Costante (→ DEFINIZIONI) è indicato nella Polizza.

La Compagnia calcola il Premio Annuo Costante che il Contraente dovrà corrispondere per tutta la durata del Contratto in base a specifici elementi quali:

- ipotesi demografiche: probabilità di sopravvivenza determinata in base all'età dell'Assicurato alla data di Decorrenza del contratto e alla durata del contratto;
- ipotesi finanziarie.
- età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto assicurativo;
- Capitale Assicurato prescelto per l'Assicurazione Principale e per ciascuna Assicurazione Complementare;
- durata del contratto assicurativo;
- stato di salute dell'Assicurato al momento della Sottoscrizione del Contratto;
- abitudini di vita dell'Assicurato (sport praticati, attività lavorativa, soggetto fumatore o non fumatore)

In base a queste ipotesi viene determinato un tasso di premio che, moltiplicato per il Capitale Assicurato relativo all'Assicurazione Principale e a ciascun Capitale Assicurato relativo alle Assicurazioni Complementari richieste, determina il Premio Annuo Costante da corrispondere per tutta la durata del Contratto.

Gli eventuali sovrappremi vanno a sommarsi al Premio Annuo Costante così determinato a seguito della valutazione della Compagnia riguardo le condizioni di salute, le abitudini di vita e le attività professionali e sportive dell'Assicurato.

20.2. Modalità di versamento del Premio Assicurativo

Il Premio Annuo Costante viene corrisposto:

- Annualmente, in via anticipata rispetto alle scadenze pattuite: il Premio Annuo Costante è, quindi, dovuto all'inizio del periodo assicurativo al quale si riferisce;
- in misura costante per tutta la durata del contratto;
- non oltre l'anno assicurativo in cui avviene di decesso dell'Assicurato.

Il Premio Annuo Costante può essere versato, a scelta del Contraente, secondo le seguenti modalità:

- a. frazionando il Premio Annuo Costante in rate mensili;
- b. versando, in via anticipata, un Premio Unico pari a tre o cinque annualità del Premio Unico Costante ("**Premio Unico Anticipato**"). Tale modalità di versamento è consentita solo nei primi tre o cinque anni di durata della polizza. Decorsi tre o cinque anni dalla sottoscrizione del Contratto, il Contraente dovrà corrispondere annualmente il Premio Annuo Costante ovvero optare per la rateizzazione mensile.

Al momento della sottoscrizione del Contratto il Contraente sarà tenuto a versare:

1) l'intera prima annualità del Premio Annuo Costante, ovvero

2) in caso di frazionamento mensile tre rate mensili in via anticipata. Pertanto, il frazionamento mensile del Premio Annuo Costante si applica dal secondo trimestre di durata del Contratto.

Il Contraente dovrà indicare la Modalità di Versamento del Premio Annuo Costante al momento della Sottoscrizione del Contratto. **Il Contraente potrà variare la modalità di versamento del Premio Annuo Costante nel corso della durata del rapporto contrattuale, facendone espressa richiesta alla Compagnia.** Ciò significa che il Contraente potrà passare dal versamento del Premio Annuo Costante al frazionamento mensile del Premio Annuo Costante, viceversa, passare dalla rateizzazione mensile del Premio Unico Costante al pagamento annuale del Premio Annuo Costante. **Tale modifica dovrà essere comunicata dal Contraente alla Compagnia entro 3 (tre) mesi prima della ricorrenza annua pattuita.**

ESEMPIO

Il Contraente al momento della sottoscrizione (1° novembre 2023) ha scelto di corrispondere il Premio Annuo Costante in via anticipata, attraverso il versamento di un Premio Unico Anticipato pari alle prime 5 annualità del Premio Unico Costante indicato in Polizza.

Decorsi 5 anni dalla sottoscrizione del Contratto, dal 1° novembre 2028 il Contraente dovrà pagare il Premio Annuo Costante. Entro il 1° agosto 2028 il Contraente può comunicare alla Compagnia di voler versare il Premio Annuo Costante in rate mensili (invece che corrispondere il Premio Unico Anticipato con periodicità annuale).

In caso di estinzione anticipata -totale o parziale- della Polizza, la Compagnia restituisce al Contraente la parte di Premio Unico Anticipato pagato, relativo al periodo residuo non goduto.

20.3. Costi applicabili ai Premi Annui Costanti

Ciascun Premio Annuo Costante – o rata di Premio Annuo Costante – deve intendersi al lordo **del caricamento percentuale pari al 14,5%**, da applicare a ciascuna Premio Annuo Costante o rata di Premio Annuo Costante.

E' prevista l'applicazione di costi amministrativi mensili di Euro 3,00.

Non è previsto alcun costo di frazionamento.

20.4. Modalità di pagamento

Ciascun Premio Annuo Costante -o rata di Premio Annuo Costante- viene corrisposto dal Contraente alla Compagnia utilizzando uno dei seguenti mezzi di pagamento, a condizione che sia intestato alla Compagnia, ovvero all'Intermediario espressamente autorizzato all'incasso.

- a. **alla data di sottoscrizione della Polizza:**

- (i) sistema di pagamento elettronico;
 - (ii) ordine di bonifico.
- b. alle successive date di pagamento del Premio Annuo Costante - o rata di premio:**
- (i) sistema di pagamento elettronico;
 - (ii) addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD

Qualora il sistema di pagamento elettronico e/o l'addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD - non vada a buon fine per motivi non riconducibili alla Compagnia, essa comunica tale circostanza al Contraente specificando l'importo che risulta insoluto e gli importi successivi -premio o rata di premio- che devono essere corrisposti dal Contraente.

Infine, a giustificazione del mancato pagamento, il Contraente non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o la riscossione di premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

Le spese relative ai mezzi di pagamento gravano sul Contraente.

Non è ammesso in alcun caso il pagamento in contanti.

Sezione G: Entrata in vigore del Contratto e recesso

Articolo 21. ENTRATA IN VIGORE (DECORRENZA) E CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

21.1. Perfezionamento e conclusione del Contratto

Il **Contratto si intende perfezionato e concluso** nel momento in cui avvengono contestualmente tutti gli eventi qui elencati:

- a. la sottoscrizione della proposta/polizza da parte del Contraente;**
- b. il pagamento del Premio Annuo Costante o rata di Premio alla data di perfezionamento;**
- c. la ricezione da parte del Contraente della comunicazione scritta di **accettazione della Proposta da parte della Compagnia.****

Il contratto entra in vigore (Decorrenza) alle ore 24 della data di perfezionamento e conclusione dello stesso.

La Compagnia può non accettare la Proposta fatta dal Contraente, alla luce delle valutazioni che la stessa è tenuta ad effettuare sullo stato di salute e le altre circostanze che connotano il rischio che la Compagnia deve assumere. In questo caso, se è già stato versato il premio, la Compagnia procederà a restituirlo al Contraente nel termine di 30 (trenta) giorni.

Nel caso si verifichi il decesso dell'Assicurato nel periodo che intercorre tra la data di sottoscrizione della Proposta e la data di perfezionamento e conclusione del contratto, la Compagnia restituisce al Contraente l'importo corrisposto dietro consegna del certificato di morte.

Articolo 22. RECESSO DAL CONTRATTO

22.1. Il Contraente può recedere dal contratto **entro 30 giorni** dalla data di conclusione dello stesso, così come definita all'articolo 21, dandone comunicazione alla Compagnia:

- a. con lettera raccomandata A/R - indirizzata a LifeStar Insurance plc, Testaferrata Street, Ta' Xbiex XBX 1403, Malta;**
- b. con e-mail indirizzata a: info@lifestarinsurance.com;**
- c. rivolgendosi direttamente all'Intermediario con il quale si intrattiene il rapporto**

Indipendentemente dalla tipologia di comunicazione, il Contraente deve indicare gli elementi identificativi del Contratto e firmare la richiesta.

Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Compagnia da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio o data di invio della comunicazione e-mail o pec.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso la Compagnia rimborsa al Contraente un importo pari al versamento effettuato, al netto della quota parte riferita al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, relativamente al rischio corso.

Sezione H: Comunicazioni e documentazione

Articolo 23. COMUNICAZIONI

23.1. Comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato alla Compagnia

Al fine di permettere alla Compagnia di valutare pienamente l'eventualità di un aggravamento del rischio assunto, l'Assicurato o il Contraente sono tenuti a comunicare alla Compagnia ogni cambiamento di professione, attività sportive, abitudini di vita (es. status di fumatore/non fumatore) intervenute in corso di contratto, che ne modifichino il rischio.

Se tali cambiamenti comportano un aggravamento del rischio, la Compagnia indicherà al Contraente, tramite apposita appendice contrattuale, la differenza di Premio da corrispondere a partire dalla successiva ricorrenza annuale di pagamento del Premio. La Compagnia potrà recedere dal Contratto in caso di mancato pagamento della differenza di Premio o se l'aggravamento del rischio è tale che, se fosse esistito al momento della conclusione del Contratto, non avrebbe assunto il rischio.

Qualora l'Assicurato non dovesse comunicare l'aggravamento del rischio alla Compagnia, quest'ultima, in caso di Sinistro, corrisponderà un importo ridotto, che si ottiene moltiplicando il Capitale assicurato per il rapporto tra il Premio stabilito nel Contratto e quello da corrispondersi ove l'Assicurato avesse dichiarato l'aggravamento del rischio, ovvero non corrisponderà il Capitale assicurato se l'aggravamento è tale che non avrebbe assunto il rischio.

Se tali cambiamenti comportano una diminuzione del rischio, la Compagnia procederà alla riduzione del Premio a partire dalla successiva ricorrenza annuale di pagamento.

Per quanto riguarda la variazione dello stato di fumatore/non fumatore, la Compagnia dovrà ricevere una comunicazione dell'Assicurato che abbia smesso di fumare da almeno 24 mesi, corredata da una dichiarazione attestante che l'Assicurato non abbia smesso di fumare su consiglio medico.

Qualora, in corso di Contratto, il Contraente-Assicurato dovesse trasferire la propria residenza, domicilio fiscale o sede legale all'Estero, dovrà darne immediata comunicazione per iscritto alla Compagnia. Si richiama il disposto dell'art. 27.1.

Le modalità di comunicazione con la Compagnia sono:

- contattando l'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto assicurativo;
- via posta (indirizzata a LifeStar Insurance plc, Testaferrata Street, Ta' Xbiex XBX 1403, Malta) - via e-mail: info@lifestarinsurance.com.

23.2. Comunicazioni della Compagnia al Contraente

Con riferimento alle informazioni contenute nelle presenti Condizioni di Assicurazione, la Compagnia comunica tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque variazione dovesse intervenire, anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del Contratto.

La Compagnia si impegna ad inviare risposte a eventuali richieste scritte del Contraente in merito al contratto entro e non oltre 20 giorni dal ricevimento delle stesse. Le modalità di comunicazione della Compagnia sono:

- tramite e-mail all'indirizzo fornito dal Contraente stesso;
- via posta all'indirizzo del recapito comunicato in sede di sottoscrizione del Contratto o successivamente;

Il Contraente sceglie una delle due modalità al momento della sottoscrizione della proposta/Polizza e può modificare la sua scelta in corso di Contratto. Per una maggior efficienza si raccomanda al Contraente l'invio delle richieste all'Intermediario con cui si intrattiene il rapporto.

Articolo 24. DOCUMENTAZIONE RILASCIATA DALLA COMPAGNIA AL CONTRAENTE

24.1. Documenti rilasciati dalla Compagnia al momento della Sottoscrizione del Contratto ed emissione della Polizza

La Compagnia -anche per il tramite dell'Intermediario cui è assegnato il contratto- rilascia al Contraente:

- la proposta/Polizza, consegnata -a fronte del versamento del Premio Annuo Costante, del Premio Unico Anticipato o della Rata di Premio- al momento della sottoscrizione del Contratto. In esso sono indicati, tra gli altri, il numero di Polizza, i dati dell'Assicurato, del/i Beneficiario/i designato/i dal Contraente, i Capitali Assicurati per l'Assicurazione Principale e i Capitali Assicurati per ciascuna Assicurazione Complementare e la data di decorrenza del contratto;
- il questionario anamnestico e delle attività professionali e sportive, altri questionari sanitari, parte integrante della proposta/Polizza;
- la quietanza, consegnata -a fronte del versamento di ciascun Premio Annuo Costante o del Premio Unico Anticipato o della Rata di Premio successivo- nel solo caso in cui la modalità di pagamento prescelta dal Contraente sia diversa dall'addebito diretto SEPA sul conto corrente del Contraente - SDD.

Questi documenti risultano essere parte integrante del contratto.

24.2. Documento Unico di Rendicontazione

Annualmente, entro il 28 febbraio di ogni anno, la Compagnia rilascia al Contraente il Documento Unico di Rendicontazione che fornisce dati e informazioni riferiti al periodo di riferimento (intervallo compreso tra le ultime due date di ricorrenza annua). In particolare, nel Documento Unico di Rendicontazione vengono indicati:

- il cumulo dei versamenti effettuati nell'anno precedente;
- l'ammontare della quota parte detraibile;
- il Capitale Assicurato.

Sezione I: Mancato pagamento del premio, riattivazione e risoluzione del contratto

Articolo 25. MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

25.1. **Il mancato pagamento del Premio Annuo Costante, o di una Rata di Premio in caso di frazionamento mensile, determina la Sospensione del Contratto (→ DEFINIZIONE) che:**

- inizia trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza pattuita del pagamento;
- termina trascorsi 12 mesi dalla data di scadenza pattuita del pagamento;

Nel periodo in cui il contratto è sospeso non è prevista alcuna Prestazione Assicurativa. Ciò significa che, se la morte o un evento garantito con un'Assicurazione Complementare si verifica durante il periodo di sospensione, la Compagnia non è tenuta a pagare al Beneficiario il relativo Capitale Assicurato/Rendita.

A giustificazione del mancato versamento del premio il contraente non può, in nessun caso, opporre che la Compagnia non gli ha inviato avvisi di scadenza né ha provveduto all'incasso a domicilio, anche se ciò è avvenuto per i premi precedenti.

Al termine del periodo di sospensione si ha la definitiva risoluzione del contratto e i premi versati restano definitivamente acquisiti dalla Compagnia.

Articolo 26. RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO - RIATTIVAZIONE

26.1. Nel periodo di Sospensione del Contratto per mancato pagamento del Premio annuo o rata di premio, **nel corso dei primi 3 (tre) mesi**, la riattivazione è possibile solo:

- dopo che i premi arretrati sono stati versati, maggiorati degli interessi legali.

26.2. Nel periodo di Sospensione del Contratto per mancato pagamento del Premio annuo o rata di premio, **dal 4° al 12° mese**, la riattivazione è possibile solo:

- dopo che i premi arretrati sono stati versati, maggiorati degli interessi legali;
- su espressa **richiesta scritta del Contraente e accettazione scritta della Compagnia**, che può richiedere la compilazione di un nuovo questionario sanitario, nuovi accertamenti sanitari, documentazione medica a supporto e decidere tenendo conto del loro esito. I costi sono a carico dell'Assicurato.

Le assicurazioni complementari "Diagnosi di Cancro", "Invalidità Totale e Permanente", "Esonero del pagamento del premio", "Perdita totale di Autosufficienza" non sono riattivabili nel caso in cui, nel periodo di interruzione del pagamento dei premi, insorga qualsiasi forma di Cancro (incluso anche cancro pre-invasivo e in stadio iniziale) e/o qualsiasi malattia e/o infortunio per le quali l'Assicurato abbia presentato la richiesta di riconoscimento dell'Invalidità.

Soltanto con l'accettazione scritta della Compagnia il contratto può essere riattivato.

In caso di riattivazione il contratto -che nell'intervallo di tempo rimane sospeso nei suoi effetti- entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore dalle ore 24 del giorno in cui è stato pagato l'importo dei premi arretrati - Premio Annuo Costante o Rate di premio - e dei relativi interessi legali.

26.3. La riattivazione del Contratto, in precedenza sospeso a seguito del mancato pagamento dei premi - effettuata nei termini sopra indicati - ripristina le prestazioni assicurative relative all'Assicurazione Principale e alle Assicurazioni Complementari ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

Articolo 27. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

27.1. Il contratto **si estingue** soltanto nei seguenti casi:

- esercizio del diritto di recesso;
- interruzione del pagamento dei premi senza riattivazione nei tempi stabiliti;
- decesso dell'Assicurato in corso di Contratto;
- scadenza del Contratto;
- se il Contraente/Assicurato trasferisce la residenza, il domicilio fiscale o la sede legale all'estero.

Articolo 28. RISCATTO E RIDUZIONE

28.1. Il presente contratto non prevede né riscatto né riduzione.

Sezione L: Aspetti normativi

Articolo 29. CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

- 29.1.** Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare a favore di terzi la prestazione.

Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'Appendice (→ DEFINIZIONE).

In caso di pegno o vincolo qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia della prestazione richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Articolo 30. RECLAMI, NEGOZIAZIONE ASSISTITA E MEDIAZIONE

- 30.1.** Eventuali reclami inerenti al rapporto contrattuale, devono essere inoltrati per iscritto:

- ⇒ Con raccomandata r/r indirizzata a: LifeStar Insurance plc, Testaferrata Street, Ta' Xbiex XBX 1403, Malta;
- ⇒ A mezzo e-mail al seguente indirizzo: complaints@lifestarinsurance.com.

La Compagnia invierà la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

- 30.2.** Qualora non abbia ricevuto riscontro dalla Compagnia nel termine di 45 giorni o non ritenga soddisfacente l'esito del reclamo, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) inoltrando reclamo in forma scritta al seguente indirizzo:

Ivass, Via del Quirinale 21, 00187 Roma,

I reclami indirizzati all'IVASS devono specificare:

- a.** Nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b.** indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c.** breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- d.** copia del reclamo eventualmente presentato alla Compagnia e del suo eventuale riscontro;
- e.** ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per reperire il modello da utilizzare per la presentazione dei reclami all'IVASS, si rimanda al sito dell'Autorità, www.ivass.it.

- 30.3.** Per ogni controversia che dovesse insorgere nei confronti della Compagnia, il Contraente può sempre adire l'Autorità Giudiziaria competente. In ogni caso, prima di adire l'Autorità Giudiziaria, il Contraente DOVRÀ far ricorso al procedimento di Mediazione e potrà ricorrere alla Negoziazione assistita. In particolare:

- la Negoziazione assistita (L. 162/2014) è volta al raggiungimento di un accordo tra le parti diretto alla risoluzione transattiva della controversia con l'assistenza prestata da avvocati;
- la Mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali di cui al Decreto Legislativo 4 marzo 2010, n. 28 e successive modifiche e integrazioni, consiste in un procedimento conciliativo caratterizzato dall'assistenza di un soggetto terzo ed imparziale ("mediatore").

Si precisa che l'esperimento della procedura di mediazione è condizione di procedibilità per i contenziosi in materia assicurativa, motivo per cui prima di esercitare l'azione giudiziale è obbligatorio esperire tale procedura. La domanda di mediazione è presentata, con l'assistenza di un avvocato, mediante deposito di un'istanza innanzi ad un Organismo di mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente.

Articolo 31. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

- 31.1.** Al contratto si applica la legge italiana. Le Parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione e in tal caso è la Compagnia a proporre quella da applicare, sulla quale comunque prevalgono le norme imperative di diritto italiano.

Articolo 32. FORO COMPETENTE

- 32.1.** Per le controversie relative al Contratto il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio (situato in Italia) degli aventi diritto.

3. GLOSSARIO

Appendice: documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo, per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia e il Contraente.

Assicurato: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto.

Beneficiario: persona fisica o giuridica designata nella proposta/polizza dal Contraente e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Bonus a scadenza: prestazione liquidata dalla Compagnia in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto e a condizione che per tutto il periodo di durata della polizza non siano state erogate prestazioni assicurative relative alle Assicurazioni Complementari (Diagnosi di Cancro, Perdita di Autosufficienza, Invalidità Totale e Permanente o Esonero dal Pagamento dei Premi), di importo pari ad una percentuale dei premi pagati.

Capitale Assicurato: importo che la Compagnia corrisponde al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato o di altro evento coperto dalle Assicurazioni Complementari scelte dal Contraente.

Carenza: periodo durante il quale l'Assicurazione Principale e le Assicurazioni Complementari previste dal contratto non sono efficaci; qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurativa.

Caricamento: parte di quanto versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Compagnia.

Compagnia: LifeStar Insurance plc -con sede in Testaferrata Street, Ta' Xbiex XBX 1403, Malta- Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione sulla vita.

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

Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni che si verificano quando un Soggetto rilevante, al momento della prestazione di qualsiasi attività di distribuzione assicurativa, sia portatore di un interesse proprio o facente capo ad un soggetto ad esso collegato e tale interesse sia potenzialmente idoneo ad interferire con quello dei suoi clienti o tra due clienti, in modo tale da incidere negativamente sugli interessi dei Contraenti.

Contraente: persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento del Premio Annuo Costante alla Compagnia.

Contratto: contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Compagnia si impegna a riconoscere al Beneficiario la prestazione prevista dal contratto quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o altro evento previsto dalle Assicurazioni Complementari.

Contratto di puro rischio: categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato.

Costi (o spese): oneri a carico del Contraente gravanti sul premio versato.

Documento Unico di Rendicontazione: riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto.

Detraibilità fiscale (del premio versato): misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.

Dichiarazioni dell'Assicurato: documento presente in proposta/polizza sulle sue abitudini di vita, condizioni di salute e attività professionali e sportive (amatoriali e professionali).

Dichiarazioni precontrattuali: informazioni fornite dal Contraente e/o dell'Assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente o l'Assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto, recedere dallo stesso o modificare la prestazione/premi, a seconda che il comportamento del Contraente e/o dell'Assicurato sia stato o meno intenzionale o gravemente negligente.

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto è efficace.

Entrata in vigore/Decorrenza: momento in cui il contratto acquista piena efficacia.

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

Estero: il territorio al di fuori dei confini della Repubblica italiana.

Età Assicurativa: è l'età espressa in anni interi compiuta dall'Assicurato durante l'anno solare di riferimento. In questo modo, il compleanno dell'assicurato viene sempre anticipato al 1° gennaio dell'anno di riferimento.

Infortunio: evento fortuito, improvviso, violento ed esterno che causi lesioni corporali oggettivamente constatabili.

Intermediario: soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Liquidazione: pagamento agli aventi diritto: Beneficiari o vincolatario, della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento.

Perfezionamento del contratto: momento in cui avvengono contestualmente il pagamento del premio, la sottoscrizione del modulo di proposta/polizza e l'accettazione della Proposta da parte della Compagnia.

Periodo di copertura: periodo durante il quale il contratto è efficace e le Assicurazioni sono operanti.

Periodo di sopravvivenza: Il periodo di sopravvivenza si riferisce al periodo di tempo durante il quale l'assicurato resta in vita dopo che gli è stato diagnosticato un cancro. Per ottenere la prestazione assicurativa relativa alla copertura Cancro, l'Assicurato dovrà essere in vita 30 giorni dopo la data della diagnosi.

Premio Annuo Costante: importo da versare alla Compagnia quale corrispettivo della prestazione prevista dal contratto.

Premio complessivo o lordo: importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Compagnia quale corrispettivo della prestazione prevista dal contratto.

Premio rateizzato o frazionato: parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio, ogni mese.

Premorienza: morte dell'Assicurato prima della scadenza del contratto.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Prestazione: somma pagabile sotto forma di capitale e/o rendita che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Principio di coerenza/appropriatezza: principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare la coerenza/appropriatezza del contratto offerto in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

Proposta/Polizza: documento o modulo sottoscritto dal Contraente con il quale viene concluso il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni in esso indicate. Tale documento fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione e prova l'avvenuta corresponsione del premio di perfezionamento.

Questionario sanitario e delle attività professionali e sportive: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Quietanza: documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Compagnia in caso di pagamento presso l'Intermediario, costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario in caso di addebito diretto SEPA.

Rapporto di visita medica: il modulo che deve essere compilato da un medico relativo alla stato di salute dell'assicurato.

Recesso: diritto del Contraente e della Compagnia di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Referente terzo: soggetto diverso dal Beneficiario, scelto dal Contraente, a cui la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

Rendita: importo mensile che la Compagnia corrisponde al Beneficiario -per un massimo di 48 mesi- in caso di evento coperto dall'Assicurazione Complementare Perdita Totale di Autosufficienza se scelta dal Contraente.

Riattivazione: facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita. Infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurativa.

Riserva matematica: importo che deve essere accantonato dalla Compagnia per fare fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli aventi diritto. La legge impone alle Imprese di assicurazione particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto al termine della durata del medesimo.

Set Informativo: l'insieme dei documenti predisposti e consegnati unitariamente al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa.

Sospensione del Contratto: periodo di tempo in cui il Contratto è valido ma non efficace (non operano le garanzie) per mancato pagamento del Premio o rata di Premio da parte del Contraente. Si attiva trascorsi 30 giorni dopo la scadenza del pagamento del Premio o rata di premio e termina dopo 12 mesi dalla scadenza con la Risoluzione del Contratto.

Sovrappremio: maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per i Contratti di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

Valuta di denominazione: valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.