

Assicurazione temporanea caso morte

LifeStar

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)

Impresa: LifeStar Insurance plc.

Prodotto: Star Solution

Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Vita: Agosto 2024

Il DIP Aggiuntivo Vita è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

LifeStar Insurance plc, Testaferrata Street, Ta' Xbiex XBX 1403, Malta; tel. +356 21342342; sito internet: www.lifestarinsurance.com; e-mail: info@lifestarinsurance.com

LifeStar Insurance plc. ("Compagnia") è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa a Malta con provvedimento n. C 29086 emanato dal Malta Financial Services Authority. La Compagnia è stata altresì autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia nei rami vita I e III in regime di libera prestazione di servizi (LPS) con provvedimento emesso dall'Autorità di vigilanza maltese -Malta Financial Services Authority (MFSA)- in data 9 Agosto 2024 ed è sottoposta alla vigilanza della medesima autorità.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, si riportano, in milioni di euro, i dati patrimoniali della Compagnia. Ammontare del **patrimonio netto** è di Euro 25.9 di cui **capitale sociale** Euro 9.2 e **totale delle riserve patrimoniali** Euro 16.7. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria (SFCR) dell'impresa disponibile sul sito internet dell'impresa <https://lifestarinsurance.com/investor-relations>. Si specifica inoltre che il requisito patrimoniale di solvibilità al 31 Dicembre 2023 è pari a Euro 18.7, il requisito patrimoniale minimo al 31 Dicembre 2023 è pari a Euro 4.7 i fondi propri ammissibili alla loro copertura al 31 Dicembre 2023 sono pari a Euro 37.7. L'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'impresa è pari al 148%.

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato/ Quali sono le prestazioni?

Il Contratto prevede:

- ✓ la **prestazione assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato (Temporanea Caso Morte - TCM)** prima della scadenza contrattuale;
- ✓ la **prestazione assicurativa in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del Contratto** e a condizione che non siano state erogate altre prestazioni assicurative complementari.

Il contratto prevede le seguenti coperture assicurative complementari ("Assicurazioni Complementari"): (i) **Morte da Infortunio**; (ii) **Morte da Incidente Stradale**; (iii) **Diagnosi di Cancro**; (iv) **Invaldità Totale e Permanente**; (v) **Perdita Totale di Autosufficienza** e (vi) **Esonero dal Pagamento dei Premi**.

- ✓ Le Assicurazioni Complementari sono facoltative e devono essere scelte dal Contraente al momento della sottoscrizione del Contratto.
- ✓ 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 la

prestazione assicurativa relativa all'Assicurazione Principale, sia con quella relativa a ciascuna delle Assicurazioni Complementari.

- ✓ Le prestazioni assicurative Morte da Infortunio e Morte da Incidente Stradale non sono cumulabili tra loro.
- ✓ 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.
- ✓ Al momento della sottoscrizione del Contratto il contraente deve scegliere l'ammontare del capitale che intende assicurare per l'Assicurazione Principale TCM e per le seguenti Assicurazioni Complementari che intende sottoscrivere: Diagnosi di Cancro e Invalidità Totale e Permanente.
- ✓ Per l'Assicurazione Complementare Perdita Totale di Autosufficienza al momento della sottoscrizione del Contratto il Contraente deve scegliere l'importo della Rendita che intende assicurare. In ogni caso l'importo complessivo della Rendita (versata in 48 mesi) non può essere superiore al Capitale Assicurato dell'Assicurazione principale (TCM).
- ✓ Il capitale assicurato relativo alle Assicurazioni Complementari Morte da Infortunio e Morte per Incidente Stradale è calcolato sulla base del capitale assicurato scelto dal contraente per l'Assicurazione Principale – TCM. L'Assicurazione Complementare Esonero dal Pagamento dei Premi non prevede un capitale assicurato in quanto la prestazione assicurativa corrisponde al pagamento dei premi da parte della Compagnia, in sostituzione del contraente, dal momento in cui si verifica l'Invalidità Totale e Permanente fino alla scadenza del contratto.
- ✓ Il Capitale assicurato e relativo alle Assicurazioni Complementari non può mai essere superiore al Capitale Assicurato dell'Assicurazione Principale – TCM.
- ✓ Il Contraente può, in ogni momento della durata del Contratto, modificare il capitale assicurato relativo all'Assicurazione Principale e/o alle Assicurazioni Complementari riducendo il/i relativo/i importo/i. Non è possibile aumentare l'ammontare del/i capitale/i assicurati. La riduzione del/i capitale/i assicurato/i può essere richiesta, inviando l'apposito modulo, alla Compagnia entro e non oltre 3 (tre) mesi prima di ciascuna ricorrenza annuale del contratto. La Compagnia provvede a ricalcolare e a comunicare al contraente il Premio Annuo Costante entro 30 giorni. Salvo che il Contraente revochi la richiesta di riduzione del/i Capitale/i Assicurato/i, quest'ultimo/i si intende/intendono ridotto/i accettato/i a far data dalla prima scadenza annuale del Premio Annuo Costante.
- ✓ La riduzione del premio calcolato dalla Compagnia in relazione alla modifica del/i Capitale/i Assicurato/i è computata ai fini dell'erogazione del Bonus a Scadenza.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro: verificatosi uno degli eventi previsti dal contratto, gli aventi diritto devono inviare tempestivamente (ponendo particolare attenzione al decorso dei termini prescrizionali) la richiesta scritta di liquidazione della prestazione assicurativa (i) direttamente alla Compagnia ovvero (ii) all'Intermediario con cui il Contraente intrattiene il rapporto.

1) Documenti richiesti, indipendentemente dalla tipologia di liquidazione:

- a. certificato di nascita - ovvero copia di un documento valido - dell'Assicurato se persona diversa dal Contraente;
- 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 rappresentate 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 antiriciclaggio (è possibile richiedere il modulo all'Intermediario);
- f. denuncia scritta del sinistro.

2) Denuncia di sinistro 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.

3) Denuncia di sinistro per Diagnosi di Cancro

In caso di Denuncia di sinistro per Diagnosi di Cancro, il Beneficiario 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:
 - ⇒ la documentazione relativa alla diagnosi per la copertura Diagnosi di Cancro (esito dell'esame istologico);
 - ⇒ 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.

⇒ documentazione di carattere sanitario (certificati/referti, cartelle cliniche) relativa ad eventuali precedenti patologie, ricoveri e interventi subiti dall'Assicurato.

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

In caso di Denuncia per: Perdita Totale di Autosufficienza e Invalidità Totale e Permanente, Esonero dal Pagamento dei Premi, il Beneficiario 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:
 - ⇒ la documentazione INPS di dichiarazione di invalidità per la copertura Invalidità Totale e Permanente (verbale di invalidità);
 - ⇒ 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;
 - ⇒ Mini Mental State Examination (MMSE), qualora la non autosufficienza sia in relazione a demenza invalidante, malattia di Alzheimer o Parkinson;
 - ⇒ 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.

Per tutte le coperture, LifeStar Insurance plc si riserva la facoltà di richiedere tempestivamente eventuale ulteriore documentazione che dovesse risultare necessaria qualora il singolo caso presentasse particolari esigenze istruttorie. La Compagnia, inoltre, si riserva di non accettare documentazione in copia non conforme o priva di valore legale in Italia.

5) Bonus a Scadenza

Per la richiesta di liquidazione del bonus a scadenza, il Contraente deve rilasciare una dichiarazione scritta in merito all'esistenza in vita dell'Assicurato, se persona diversa, alla data di richiesta della liquidazione.


Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono:


- a. in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il sinistro, per le Assicurazioni Complementari;
- b. 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.


Liquidazione della 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.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Le dichiarazioni inesatte e/o reticenti del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio (es. esistenza di malattie pregresse, attuale stato di salute) possono comportare:</p> <p>(i) se rese con dolo o colpa grave: (a) l'annullamento del Contratto, (b) la perdita del diritto alla prestazione assicurativa e (c) in ogni caso, il trattenimento dei premi eventualmente pagati fino al giorno della domanda di annullamento del Contratto e, in ogni caso, dei premi dovuti per il primo anno di polizza.</p> <p>(ii) se rese senza dolo o colpa grave, la Compagnia può: (i) recedere dal Contratto; (ii) 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.</p>


 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>In aggiunta a quanto già indicato nel DIP Vita, si segnala che:</p> <ol style="list-style-type: none"> al momento della sottoscrizione del contratto, il contraente è tenuto a versare: (i) l'intera prima annualità del Premio Annuo Costante ovvero (ii) in caso di frazionamento mensile, tre rate mensili in via anticipata. il premio è comprensivo delle imposte. non sono presenti meccanismi di indicizzazione/adequamento del premio. il contraente può variare le modalità di pagamento del Premio Annuo Costante (da annuale a mensile o viceversa), facendone espressa richiesta scritta alla Compagnia, anche attraverso l'intermediario assicurativo di riferimento, entro e non oltre 3 (tre) mesi prima della scadenza annuale del Premio Annuo Costante; le spese relative ai mezzi di pagamento gravano sul contraente; non è ammesso in alcun caso il pagamento in contanti.
Rimborso	<p>La Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto, al netto delle spese effettivamente sostenute per l'emissione del Contratto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.</p> <p>In caso di richiesta di riduzione dell/i capitale/i assicurato/i, la Compagnia provvede a ricalcolare il Premio Annuo Costante. In tal caso, 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 corrispondente alla riduzione del capitale.</p>
Sconto	non previsto


 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita
Sospensione	<p>Il mancato pagamento di un Premio Annuo Costante o di una Rata di Premio determina la sospensione del Contratto. La sospensione:</p> <ul style="list-style-type: none"> inizia trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza pattuita del pagamento; termina trascorsi 12 mesi dalla data di scadenza pattuita del pagamento. <p>Nel periodo in cui il contratto è sospeso non è prevista alcuna prestazione assicurativa. Al termine del periodo di sospensione si ha la definitiva risoluzione del contratto e i premi versati restano definitivamente acquisiti dalla Compagnia.</p> <p>Il Contraente ha il diritto di riattivare il contratto entro il termine di 12 mesi dalla scadenza pattuita del pagamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> nel corso dei primi 3 (tre) mesi di sospensione del contratto, versando i premi arretrati, maggiorati degli interessi legali. dal 4° al 12° mese, la riattivazione è possibile solo: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ dopo che il Contraente ha versato i premi arretrati, maggiorati degli interessi legali;

	<p>⇒ 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.</p> <p>In caso di riattivazione, la Compagnia si riserva di verificare nuovamente lo stato di salute dell'Assicurato, richiedere nuovi accertamenti sanitari e documentazione medica a supporto, anche attraverso la compilazione di un nuovo questionario sanitario.</p>
--	--

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita
Recesso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita

 Sono previsti riscatti? [] SI [X] NO	
Valori di riscatto e riduzione	Non sono previsti valori di riscatto o di riduzione
Richiesta di informazioni	Non è prevista

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Questo prodotto è rivolto alle persone fisiche e alle persone giuridiche che al momento della sottoscrizione della polizza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sono residenti o hanno sede legale in Italia. - Sono muniti di codice fiscale, tessera sanitaria italiana e/o partita iva. - Hanno compiuto 18 anni di età anagrafica. - Hanno un'età assicurativa non superiore a 75 anni per l'Assicurazione Principale – TCM. - Hanno un'età assicurativa non superiore a 55 anni in caso di sottoscrizione delle garanzie Invalidità Totale Permanente e/o Esonero del pagamento dei premi. - Hanno un'età assicurativa non superiore a 65 anni, in caso di sottoscrizione della garanzia diagnosi Cancro. <p>Al termine del periodo di durata del contratto, l'assicurato deve avere un'età assicurativa non superiore a 85 anni.</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
<p>1) Costi gravanti sul premio</p> <ul style="list-style-type: none"> • costi amministrativi: Euro 3,00 mensili; • costi di caricamento: 14,50% del Premio Annuo Costante o della rata di Premio Annuo Costante; <p>I costi di caricamento sono in percentuale fissa, indipendentemente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, dalla durata contrattuale, dall'importo del Premio e relativo frazionamento.</p> <p>I costi di eventuali accertamenti delle condizioni dello stato di salute dell'Assicurato richiesti dalla Compagnia sono interamente a carico dell'Assicurato stesso.</p> <p>2) Costi di intermediazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • La commissione percepita dall'Intermediario al perfezionamento del contratto di assicurazione, con riferimento all'intero flusso commissionale è pari al 51,04% dei costi di caricamento. La commissione 	

percepita dall'Intermediario per gli anni di durata del contratto assicurativo successivi al primo è pari al 2,00% del premio annuo.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami relativi al contratto o al rapporto assicurativo devono essere inoltrati per iscritto</p> <ul style="list-style-type: none">• via e-mail al seguente indirizzo: complaints@lifestarinsurance.com ovvero,• tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo: LifeStar Insurance plc, LifeStar Building, Testaferrata Street, Ta' Xbiex XBX 1403, Malta. <p>La funzione aziendale incaricata dell'esame dei reclami è il Dipartimento di Compliance, i cui recapiti sono complaints@lifestarinsurance.com</p> <p>La Compagnia darà riscontro al reclamante entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it</p> <p>Il contraente può inoltre presentare reclamo in forma scritta all' Office of the Arbiter for Financial Services alternativamente:</p> <p>a) inviando una raccomandata a/r a: Office of the Arbiter for Financial Services, N/S in Regional Road, Msida MSD 1920, Malta.</p> <p>b) inviando una e-mail a: complaint.info@financialarbiter.org.mt.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>Per le controversie in materia di contratti assicurativi il ricorso alla procedura di mediazione prima di rivolgersi al giudice è obbligatorio.</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa</p>
Altri sistemi	<p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.</p>

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Le presenti informazioni fanno riferimento alla normativa fiscale in vigore alla data di redazione del presente documento e applicabile al Contraente che, al momento della stipulazione del contratto, risulta essere residente o avere sede legale in Italia e non intendono fornire alcuna garanzia circa gli aspetti fiscali che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto.</p> <p>In caso di modifica della residenza o della sede legale, il Contraente deve dare comunicazione alla Compagnia entro 30 giorni dal trasferimento stesso. In tali casi potrebbe applicarsi la disciplina fiscale dello stato in cui è stata trasferita la residenza o la sede legale e l'Impresa potrebbe essere tenuta a gestire i vari adempimenti e il pagamento delle imposte e degli oneri eventualmente dovuti ai sensi della disciplina fiscale del nuovo Stato. In caso di mancata comunicazione l'Impresa potrebbe far valere sul Contraente il suo diritto di rimborso, nel caso in cui l'amministrazione finanziaria dello Stato di destinazione muova ad essa delle contestazioni.</p> <p>Trattamento fiscale applicato al contratto:</p> <p>Detrazione fiscale dei premi: sono detraibili dall'IRPEF ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. f) del D.P.R. n. 917/1986 e nei limiti reddituali stabiliti ai sensi del successivo art. 15, comma</p>
---	---

3-bis del D.P.R. n. 917/1986, nella misura del 19%, le spese sostenute per l'Assicurazione Principale TCM e per le Assicurazioni Complementari Morte da Infortunio, Morte da Incidente Stradale, Invalidità Totale e Permanente e Perdita Totale di Autosufficienza. L'importo complessivamente detraibile non può essere superiore a:

- Euro 530 per il premio dell'Assicurazione Principale – TCM e per il premio delle Assicurazioni Complementari che prevedono il rischio di morte o di invalidità permanente (l'importo detraibile di Euro 530 per i premi versati per le polizze assicurative, a tutela delle persone con disabilità grave - come definita dall'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992 - che coprono il rischio di morte è elevato a Euro 750)
- Euro 1.291,14 per la parte al netto dei premi per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente e dunque per il premio delle Assicurazioni Complementari che coprono il rischio di autosufficienza nel compimento delle attività quotidiane, come stabilito per legge, quale è l'Assicurazione Complementare Perdita Totale di Autosufficienza.

Nel computo dei predetti limiti si deve tenere conto anche dei premi versati per altre polizze che consentono la detrazione alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Per poter beneficiare della detrazione è necessario che il Beneficiario, se diverso dal contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.

Tassazione sui Premi: i premi delle assicurazioni sulla vita rischio morte sono esenti dalle imposte sulle assicurazioni ai sensi dell'art. 11 All. C della tariffa annessa alla Legge n. 1216/1961. I premi corrisposti per l'Assicurazione Complementare Diagnosi di Cancro sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni con aliquota attualmente stabilita nella misura del 2,50%.

Tassazione della prestazione assicurativa caso morte: le somme corrisposte ai Beneficiari a titolo di capitale caso morte sono esenti dall'IRPEF ai sensi dell'articolo 34 del D.P.R. n. 601/1973, come modificato dalla Legge n. 190/2014 e dall'imposta sulle successioni ai sensi dell'articolo 34 del D.P.R. n. 601/1973, come modificato dalla Legge n. 190/2014. Se corrisposte a persone giuridiche costituiscono reddito d'impresa.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.