

Protezione



Alleanza Assicurazioni S.p.A.

PERSEMPRE

di Alleanza

Assicurazione di rendita vitalizia in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Aggiornamento al 2 aprile 2020

*Il contratto è redatto secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico
"Contratti Semplici e Chiari" coordinato dall'ANIA.*

*I testi delle condizioni di assicurazione sono stati realizzati, con l'obiettivo
di facilitarne la lettura e la consultazione, utilizzando un linguaggio il più
possibile semplice e di utilizzo comune.*



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Assicurazione di rendita vitalizia in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana

DEFINIZIONI

Definiamo i principali termini utilizzati:

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita è stipulata l'assicurazione: il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione è determinato in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi che si verificano durante la sua vita.

Beneficiario

Persona fisica a cui sono pagate le prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Contraente

Persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento del relativo premio.

Costi

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati.

Data di decorrenza

Data indicata in Polizza come data di inizio per il calcolo delle prestazioni contrattuali.

Età assicurativa

Età espressa in anni interi per cui le frazioni di anno inferiori a 6 mesi sono trascurate mentre quelle pari o superiori sono considerate come anno compiuto (es. 34 anni e 6 mesi = 35 anni; 43 anni e 5 mesi = 43 anni). Tale età viene determinata alla decorrenza del contratto e si incrementa in funzione del tempo trascorso.

Polizza

Documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio

Importo che il Contraente versa ad Alleanza Assicurazioni.

Proposta

Modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta ad Alleanza Assicurazioni la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni in esso indicate.

Recesso

Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Ricorrenza annuale del contratto

Anniversario della data di decorrenza.

Questionario sanitario

Sezione del modulo di proposta contenente domande sullo stato di salute dell'Assicurato che Alleanza Assicurazioni utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

CHE COSA È ASSICURATO/QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Art. 1 - Oggetto del contratto

PERSEMPRE di Alleanza prevede un'**assicurazione principale** per la quale, a fronte dei premi versati dal Contraente (→ DEFINIZIONI), Alleanza Assicurazioni paga all'Assicurato (→ DEFINIZIONI), in caso di perdita di autosufficienza presumibilmente permanente e irreversibile (→ Art. 2) dell'Assicurato stesso, una prestazione in euro in forma di rendita vitalizia.

Tale prestazione può essere integrata con un'**assicurazione facoltativa**, che prevede una **prestazione complementare**.

ASSICURAZIONE PRINCIPALE

Art. 2 - Prestazione

Alleanza Assicurazioni paga all'Assicurato, in caso di perdita di autosufficienza presumibilmente permanente e irreversibile, una **rendita mensile di importo costante**, pagabile in rate anticipate, finché l'Assicurato è in vita. L'ultima rata dovuta è pertanto quella in scadenza prima del decesso.

L'assicurazione è prestata per l'importo di rendita indicato in Polizza (→ DEFINIZIONI).

La rendita assicurabile minima è pari a € 500 mensili, quella massima è pari a € 3.000 mensili. L'ammontare della rendita assicurabile è scelta dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto, per un importo multiplo di € 250 compreso fra la rendita assicurabile minima e quella massima.

L'importo del **premio annuo** è determinato in funzione dell'età assicurativa (→ DEFINIZIONI) dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto e dell'importo di rendita scelto. Le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio annuo costante potranno essere riviste da Alleanza Assicurazioni (ai sensi del Regolamento ISVAP n. 21 del 28 marzo 2008), ad intervalli non inferiori a 3 anni, se le analisi effettuate in conformità a dati oggettivamente verificabili, desunti da statistiche nazionali o internazionali o da rilevazioni condotte su portafogli assicurativi, dimostrano un effettivo incremento dei tassi di sinistrosità tale da richiedere modifiche delle basi statistiche stesse.

In caso di revisione peggiorativa delle basi statistiche che comporti un incremento del premio, Alleanza Assicurazioni deve darne comunicazione preventiva al Contraente.

La **perdita di autosufficienza** è determinata dall'incapacità, presumibilmente permanente e irreversibile, di svolgere almeno 4 delle 6 attività della vita quotidiana di seguito elencate:

- **spostarsi**: la capacità di spostarsi all'interno o all'esterno della casa senza l'aiuto di una terza persona ma eventualmente con l'aiuto di ausili;
- **muoversi**: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona ma eventualmente con l'aiuto di ausili;
- **vestirsi e svestirsi**: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed eventualmente anche arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona ma eventualmente con l'aiuto di ausili;
- **alimentarsi**: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona;
- **mantenere adeguati livelli di igiene personale**: la capacità di lavare parzialmente il proprio corpo (parte superiore o inferiore del corpo), lavarsi i denti, pettinare i capelli e, se necessario, radersi senza l'assistenza di una terza persona ma eventualmente con l'aiuto di ausili;
- **controllare le funzioni urinarie e intestinali**: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di urinare ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente.

Inoltre, viene riconosciuta la perdita dell'autosufficienza se all'Assicurato è stata diagnosticata una malattia neurologica, nervosa o mentale dovuta a causa organica (per esempio: malattia di Alzheimer, morbo di Parkinson, demenza) che ha causato, in modo presumibilmente irreversibile, la perdita delle capacità mentali. Per capacità mentali si intendono la capacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa perdita si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza la supervisione continua di un'altra persona. Il grado di incapacità mentale deve essere verificato attraverso il test neuropsicologico denominato "Mini Mental State Examination" (Folstein M.M.S.E.); punteggi minori o uguali a 10 sono rappresentativi della necessità di una supervisione costante.

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE (FACOLTATIVA)

Art. 3 - Prestazione complementare gravi malattie

Il Contraente, alla sottoscrizione del contratto, può integrare la prestazione per il caso di perdita di autosufficienza prevista dall'assicurazione principale (→ Art. 2) con un'assicurazione **facoltativa** che offre una prestazione complementare gravi malattie.

Tale assicurazione prevede che, al verificarsi di una grave malattia dell'Assicurato tra quelle sotto elencate, Alleanza Assicurazioni paghi all'Assicurato stesso in un'unica soluzione il **capitale assicurato**. La presente assicurazione complementare **non ha più effetto** e i relativi premi versati restano acquisiti da Alleanza Assicurazioni in uno dei seguenti casi:

- al verificarsi per la prima volta di una grave malattia tra quelle sotto elencate;
- al raggiungimento dei 75 anni di età assicurativa (→ DEFINIZIONI) dell'Assicurato;
- in caso di interruzione del piano di versamento dei premi.

Capitale assicurato e premio

Il capitale assicurato è pari a € 5.000 ed è indicato in Polizza.

Il premio annuale è pari a € 180 e segue la rateazione del premio relativo all'assicurazione principale. Dopo il 75° anno di età assicurativa (→ DEFINIZIONI) dell'Assicurato il premio non è più dovuto, perché termina la copertura complementare.

Gravi malattie

Le gravi malattie a seguito delle quali viene riconosciuta la prestazione complementare sono:

- malattia di Alzheimer;
- morbo di Parkinson;
- SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) e malattie del motoneurone;
- insufficienza renale cronica di terzo e quarto grado (velocità di filtrazione glomerulare < 60ml/min/1,73m²);
- cardiopatie di classe III e IV secondo la classificazione NYHA (New York Heart Association);
- ictus emorragico e ischemico.

L'Assicurato, inoltre, beneficia di una serie di **prestazioni di assistenza**, fornite attraverso apposita polizza di assicurazione assistenza (polizza n° 38665Q) stipulata da Alleanza Assicurazioni con Europ Assistance Italia S.p.A. a favore dell'Assicurato stesso (vd. allegato "PARTE II – Condizioni di Assicurazione Mod. 20050").

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 4 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone che alla sottoscrizione del contratto hanno un'età assicurativa (→ DEFINIZIONI) inferiore a 30 anni o superiore a 70 anni.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 5 - Esclusioni e limitazioni

ASSICURAZIONE PRINCIPALE

ESCLUSIONI

È esclusa dall'assicurazione la perdita di autosufficienza causata da:

- a) delitto doloso del Contraente o del Beneficiario;
- b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare, operazioni militari. Qualsiasi lesione subita dall'Assicurato mobilitato in tempo di guerra o durante il suo servizio militare è considerata in ogni caso derivante da un atto di guerra;

- d) partecipazione non attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o guerra civile:
 - se l'Assicurato si trova già nel territorio interessato dagli atti di guerra e la perdita di autosufficienza avviene dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità, o
 - al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un Paese dove c'è già una situazione di guerra o similari;
- e) eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni;
- f) movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, inondazioni, influenze termiche ed atmosferiche;
- g) guida di veicoli e natanti a motore senza patente specifica; l'assicurazione è attiva se la patente è scaduta da non più di 6 mesi;
- h) malattie intenzionalmente procurate, alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- i) negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione non è erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- j) incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di mezzi non autorizzati al volo o con pilota senza specifico brevetto, o se è membro dell'equipaggio (salvo l'abbia dichiarato in sede di sottoscrizione della proposta (→ DEFINIZIONI) di assicurazione o successivamente);
- k) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie gravi ad essa correlate;
- l) tentato suicidio, o danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso;
- m) infortuni e malattie o stati patologici, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla sottoscrizione della proposta (→ DEFINIZIONI). È inoltre escluso dall'assicurazione chi risulta già affetto da invalidità totale e permanente e/o non autosufficiente o abbia già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in assicurazione.

In questi casi, a eccezione delle fattispecie indicate alle lettere a) ed m) per le quali non è previsto alcun pagamento, Alleanza Assicurazioni paga una prestazione pari alla somma dei premi versati per l'assicurazione principale (e per quella complementare, se acquistata), al netto dei diritti (→ Art. 13), in luogo di quella assicurata.

LIMITAZIONI

L'assicurazione per perdita di autosufficienza risulta sospesa per un **periodo di carenza di:**

- **36 mesi** dall'entrata in vigore dell'assicurazione se la perdita di autosufficienza è causata da malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica;
- **12 mesi** dall'entrata in vigore dell'assicurazione se la perdita di autosufficienza avviene per altre malattie.

Il periodo di carenza non viene applicato se la perdita di autosufficienza avviene per conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.

Per **infortunio** si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna (indipendente dalla volontà dell'Assicurato) che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili, che hanno come conseguenza la perdita di autosufficienza.

Se la perdita di autosufficienza si verifica durante il periodo di carenza, Alleanza Assicurazioni paga una prestazione pari alla somma dei premi versati per l'assicurazione principale, al netto dei diritti di emissione (→ Art. 13).

Il Contraente può chiedere la copertura assicurativa **senza periodo di carenza:**

- di 12 mesi, a condizione che l'Assicurando si sottoponga a visita medica accettandone le modalità e gli oneri eventualmente derivanti;
- di 36 mesi, a condizione che l'Assicurando si sottoponga al test neuropsicologico "Mini Mental State Examination" accettandone le modalità e gli oneri eventualmente derivanti.

Per contratti che prevedono un importo di rendita mensile superiore a € 2.000, oppure per Assicurati di età assicurativa (→ DEFINIZIONI) maggiore di 59 anni indipendentemente dall'ammontare della rendita mensile, l'assicurazione per perdita di autosufficienza opera solo se l'Assicurato si è sottoposto a **visita medica** ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti da Alleanza Assicurazioni. Non si applica, quindi, alcun periodo di carenza.

Alleanza Assicurazioni può, in ogni caso, richiedere accertamenti sanitari e/o visita medica in conseguenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato in risposta alle domande del questionario sanitario (→ DEFINIZIONI) in proposta (→ DEFINIZIONI). Anche in tale ipotesi non si applica alcun periodo di carenza.

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE

ESCLUSIONI

Per l'assicurazione complementare gravi malattie si applicano le stesse esclusioni previste per l'assicurazione principale. È inoltre esclusa dalla copertura la grave malattia (→ Art. 3) causata da:

- n) svolgimento di attività sportiva non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente;
- o) svolgimento di attività professionale pericolosa non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente;

In questi casi, Alleanza Assicurazioni paga:

- se dovuta, la prestazione dell'assicurazione principale
- una prestazione pari alla somma dei premi versati per l'assicurazione complementare, in luogo di quella assicurata per gravi malattie.

LIMITAZIONI

L'assicurazione complementare per gravi malattie non prevede alcun periodo di carenza.

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art. 6 - Dichiarazioni

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere **veritiere, esatte e complete**.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze relative a circostanze per le quali Alleanza Assicurazioni non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del contratto, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, Alleanza Assicurazioni ha il diritto:

- di contestare la validità del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare in ogni tempo, in caso di perdita di autosufficienza o malattia grave, qualsiasi pagamento.

Per i contratti che prevedono anche l'assicurazione complementare gravi malattie, se l'Assicurato inizia la pratica di nuove attività sportive o professionali pericolose non dichiarate nella proposta di assicurazione, lo stesso o il Contraente sono tenuti a darne immediata comunicazione scritta ad Alleanza Assicurazioni. Quest'ultima informa il Contraente se intende escludere dalla copertura complementare l'attività dichiarata.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica dei premi, ossia il loro ricalcolo sulla base dell'età corretta, o l'eventuale risoluzione del contratto.

Il contratto è soggetto al regime fiscale in vigore in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza/domicilio o di sede in Italia fatta dal Contraente al momento della sottoscrizione della proposta.

Il Contraente si impegna a comunicare entro 30 giorni ad Alleanza Assicurazioni lo spostamento di residenza/domicilio o di sede in un altro Stato dell'Unione Europea. In caso di inadempimento, il Contraente è responsabile per ogni eventuale danno causato ad Alleanza Assicurazioni, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza/domicilio.

In proposta, il Contraente compila e sottoscrive la sezione F.A.T.C.A. e C.R.S. per la raccolta di informazioni sulla sua eventuale condizione di cittadinanza americana o residenza fiscale estera. Nel corso della durata del contratto, il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente e in forma scritta ad Alleanza Assicurazioni ogni cambiamento che incida sulle informazioni fornite nella proposta.

Alleanza Assicurazioni, a norma di legge, verifica eventuali variazioni relative alla sezione F.A.T.C.A. e C.R.S. anche al fine di effettuare eventuali comunicazioni previste dalla normativa tempo per tempo vigente.

Art. 7 - Denuncia e riconoscimento della perdita di autosufficienza e delle gravi malattie

ASSICURAZIONE PRINCIPALE

Denuncia

La richiesta di pagamento della rendita vitalizia mensile per perdita di autosufficienza dell'Assicurato deve essere inviata in forma scritta ad Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano, con facoltà di utilizzo dell'apposito modulo ("Domanda di liquidazione") reso disponibile in tutte le Agenzie e sul sito www.alleanza.it dove sono anche reperibili le informazioni per la redazione delle richieste, oppure può essere presentata all'Agenzia Generale alla quale è assegnato il contratto.

La richiesta deve essere accompagnata da:

- documento di identità e codice fiscale del richiedente (se non già presentati o scaduti);
- le coordinate bancarie e l'intestazione del conto corrente del Beneficiario per la liquidazione;
- decreto del giudice tutelare se l'avente diritto è in condizioni di incapacità;
- relazione del medico curante e/o del medico di base che certifichi la perdita di autosufficienza e le relative cause o, nel caso di precedenti richieste non riconosciute da Alleanza Assicurazioni, le sopravvenute cause di aggravamento dell'Assicurato. La relazione può essere redatta su apposito modulo messo a disposizione presso tutte le Agenzie, per facilitare la raccolta delle informazioni necessarie;
- altra documentazione se il caso specifico presenta particolari esigenze istruttorie, come per esempio:
- cartelle cliniche relative a ricoveri, per un periodo compatibile con il normale decorso della patologia rilevata dal medico curante;
- esami clinici e/o strumentali;
- verbale del Servizio di Emergenza-Urgenza Sanitaria (es. 118);
- Test MMSE;
- se la perdita di autosufficienza è avvenuta per una causa diversa da malattia: verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di procedimento penale, copia degli atti più significativi.

Accertamento e riconoscimento

Alleanza Assicurazioni accerta e riconosce o meno la perdita di autosufficienza entro 90 giorni dalla data di ricevimento della suddetta documentazione (**periodo di accertamento**) e ne dà comunicazione per iscritto all'Assicurato entro il medesimo termine.

Il versamento delle rate di premio è dovuto fino al riconoscimento della perdita di autosufficienza.

In caso di accertamento della perdita di autosufficienza, il pagamento della rendita:

- inizia il primo giorno successivo al periodo di accertamento della perdita di autosufficienza (vale a dire il 91° giorno dalla data di ricevimento della denuncia);
- cessa con la prima scadenza di rata successiva al decesso dell'Assicurato; eventuali rate scadute e versate successivamente a tale evento devono essere restituite ad Alleanza Assicurazioni.

L'Assicurato (o altra persona che lo rappresenta, in forza di procura o di un provvedimento giudiziale di nomina a tutore) riceve la rendita e, solo se il pagamento non avviene con bonifico, ne dà quietanza. Se la rendita è incassata da persona diversa dall'Assicurato oppure viene pagata tramite bonifico bancario, almeno con cadenza annuale deve essere prodotto ad Alleanza Assicurazioni un certificato di esistenza in vita dell'Assicurato stesso.

Rivedibilità della perdita di autosufficienza

Nel periodo di erogazione della rendita, Alleanza Assicurazioni ha il diritto di effettuare successivi accertamenti della perdita dell'autosufficienza, non più di una volta **ogni 3 anni** e in caso di modifiche significative del rischio coperto dall'assicurazione principale. In tale occasione è richiesto almeno un certificato del medico curante che attesti la permanenza della perdita dell'autosufficienza. Alleanza Assicurazioni può comunque richiedere all'Assicurato ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della rendita può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento.

Inoltre, l'Assicurato è tenuto a comunicare ad Alleanza Assicurazioni, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, il recupero dello stato di autosufficienza.

Se dagli eventuali accertamenti risulta che l'Assicurato ha recuperato lo stato di autosufficienza, il pagamento della prestazione cessa immediatamente. In questo caso il contratto rimane **in vigore per la sola assicurazione principale** per l'eventualità che sopravvenga una nuova perdita di autosufficienza e **il pagamento dei relativi premi annui viene ripristinato**.

Arbitrato in caso di controversie

In caso di controversie di natura medica sulla perdita di autosufficienza, le parti (Alleanza Assicurazioni e il Contraente) possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio arbitrale composto di 3 medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa nominato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE

Denuncia

La richiesta di pagamento per gravi malattie (→ Art. 3), deve essere inviata, con le stesse modalità previste per la denuncia della perdita di autosufficienza dell'assicurazione principale, **entro 60 giorni** dalla diagnosi della malattia.

Trascorso questo termine, Alleanza Assicurazioni si riserva il diritto di non pagare il capitale assicurato in caso di malattia grave e la copertura complementare si estingue.

La richiesta deve essere accompagnata da:

- documento di identità e codice fiscale del richiedente (se non già presentati o scaduti);
- le coordinate bancarie e l'intestazione del conto corrente del Beneficiario per la liquidazione;
- decreto del giudice tutelare se l'avente diritto è in condizioni di incapacità;
- relazione del medico curante che certifica la malattia precisandone le caratteristiche e la data di diagnosi, nonché la storia clinica dell'Assicurato. La relazione può essere redatta su apposito modulo messo a disposizione presso tutte le Agenzie, per facilitare la raccolta delle informazioni necessarie;
- copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero subito dall'Assicurato in ospedale, in clinica o in casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata la malattia grave;
- altra documentazione sanitaria se il caso specifico presenta particolari esigenze istruttorie, come per esempio:
- cartelle cliniche relative a ricoveri, per un periodo compatibile con il normale decorso della patologia rilevata dal medico curante;
- esami clinici e/o strumentali;
- verbale del Servizio di Emergenza-Urgenza Sanitaria (es. 118).

Accertamento e riconoscimento

Alleanza Assicurazioni verifica la corrispondenza della malattia grave denunciata con quelle previste dall'Art. 3 ed esegue il pagamento della prestazione dell'assicurazione complementare entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa; dopo tale termine sono dovuti gli interessi legali.

L'Assicurato (o altra persona che lo rappresenta, in forza di procura o di un provvedimento giudiziale di nomina a tutore) riceve il pagamento tramite bonifico bancario oppure presso l'Agenzia che gestisce il contratto e, solo se il pagamento non avviene con bonifico, ne dà quietanza.

Il decesso dell'Assicurato, dovuto a una delle malattie gravi previste dall'Art. 3, comporta il pagamento agli eredi dell'Assicurato del capitale dell'assicurazione complementare.

Richieste di pagamento incomplete potrebbero comportare un rallentamento dei tempi dei pagamenti dovuti.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 8 - Versamento dei premi

PERSEMPRE di Alleanza prevede il versamento di **premi annui**, il primo alla conclusione del contratto e i successivi a ogni ricorrenza annuale del contratto (→ DEFINIZIONI) che precede:

- il decesso dell'Assicurato, o
- la data di riconoscimento della perdita di autosufficienza da parte di Alleanza Assicurazioni.

Il versamento dei premi termina a seguito dei suddetti eventi.

Nel caso di perdita di autosufficienza, il versamento dei premi può riprendere se risulta che l'Assicurato ha recuperato lo stato di autosufficienza (→ Art. 7 - Rivedibilità della perdita di autosufficienza).

I premi possono essere versati nella **rateazione mensile o semestrale** scelta dal Contraente.

Il primo premio annuo, anche se frazionato in più rate, **è dovuto per intero**.

Il premio annuo per l'**assicurazione complementare** (→ Art. 3) è versato con la stessa rateazione scelta per l'assicurazione principale.

Art. 9 - Mezzi di versamento dei premi

I premi possono essere versati presso il proprio domicilio o presso l'Agenzia che gestisce il contratto. Il versamento del premio può avvenire:

- con assegno bancario o circolare non trasferibile all'ordine di Alleanza Assicurazioni;
- con bonifico bancario su conto corrente intestato ad Alleanza Assicurazioni;
- con P.O.S. o altri mezzi di pagamento elettronico, se disponibili;
- con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (Sepa Direct Debit); in caso di modifica del rapporto contrattuale sul quale opera la procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione ad Alleanza Assicurazioni.

Se il Contraente sceglie di versare i premi secondo la **rateazione mensile**, l'unica modalità di versamento prevista è l'autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (Sepa Direct Debit).

Non è possibile versare i premi in contanti.

In tutti i casi viene rilasciata quietanza dell'avvenuto versamento, con la sola eccezione dei versamenti a mezzo di addebito su conto corrente Sepa (SDD), per i quali farà fede la comunicazione che il Contraente riceve dalla banca circa l'addebito effettuato in favore di Alleanza Assicurazioni.

L'evidenza dei versamenti effettuati relativamente ai premi annui è inoltre riportata nell'estratto conto annuale relativamente al periodo di riferimento dello stesso.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 10 - Durata

ASSICURAZIONE PRINCIPALE

Il contratto è "a vita intera", cioè la sua durata va dalla data di decorrenza (→ DEFINIZIONI) indicata in Polizza al decesso dell'Assicurato. Pertanto, con il decesso dell'Assicurato, la copertura per perdita di autosufficienza cessa e Alleanza Assicurazioni non paga la relativa prestazione.

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE

La durata dell'assicurazione complementare facoltativa gravi malattie va dalla data di decorrenza (→ DEFINIZIONI) indicata in Polizza al compimento del 75° anno d'età assicurativa dell'Assicurato, o al decesso dell'Assicurato se precedente.

Art. 11 - Conclusione ed entrata in vigore del contratto

Conclusione

Il contratto è concluso quando il Contraente ha ricevuto per iscritto da Alleanza Assicurazioni il documento di Polizza che attesta l'accettazione della proposta (→ DEFINIZIONI) di assicurazione.

Entrata in vigore

Il contratto entra in vigore, se è stato versato il premio, alle ore 24 della data di decorrenza indicata in Polizza.

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?

Art. 12 - Recesso

Il Contraente può recedere **entro 30 giorni** dalla conclusione del contratto, inviando una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ad Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano, indicando "Recesso" sulla busta. Dalla data di ricevimento della lettera raccomandata, il Contraente e Alleanza Assicurazioni sono liberi da ogni obbligo contrattuale. Alleanza Assicurazioni rimborsa al Contraente il premio versato, al netto dei diritti di emissione (→ Art. 13), entro 30 giorni dalla comunicazione di recesso (→ DEFINIZIONI), previa consegna dell'originale di Polizza e di eventuali Appendici.

QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Art. 13 - Costi

Costi sul premio

Tipologia	Importo	Periodicità di addebito
Diritti di emissione	€ 25	In unica soluzione all'atto della sottoscrizione, sotto forma di maggiorazione del primo premio versato
Caricamento	52%	Ad ogni versamento, incluso nel premio versato

Nel caso della prima rata di premio versata, il caricamento in percentuale è applicato al netto dei diritti di emissione.

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? SI NO

Art. 14 - Riscatto e riduzione

Non sono previsti valori di riscatto e di riduzione.

Art. 15 - Interruzione del versamento dei premi: risoluzione

Trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza della prima rata non versata, il contratto si risolve e **le rate di premio versate sono acquisite** da Alleanza Assicurazioni.

A giustificazione del mancato versamento del premio il Contraente non può, in nessun caso, opporre che Alleanza Assicurazioni non gli ha inviato avvisi di scadenza.

Art. 16 - Ripresa del versamento dei premi: riattivazione

In caso di interruzione del versamento dei premi, **il contratto può essere riattivato entro 1 anno** dalla scadenza della prima rata non versata.

Se sono trascorsi più di 6 mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire su espressa richiesta scritta del Contraente e accettazione scritta di Alleanza Assicurazioni, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere tenendo conto del loro esito.

La riattivazione è possibile solo dopo che sono state versate tutte le rate di premio arretrate, aumentate degli interessi legali calcolati dalla relativa data di scadenza alla data di riattivazione.

In caso di riattivazione, il contratto entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del versamento dell'importo dovuto, come se non si fosse verificata l'interruzione del versamento dei premi.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI AL CONTRATTO

Art. 17 - Beneficiario

Beneficiario (→ DEFINIZIONI) della prestazione è sempre l'Assicurato.

Art. 18 - Non pignorabilità e non sequestrabilità

Nei limiti di legge (Art. 1923 del Codice Civile), le somme dovute da Alleanza Assicurazioni al Contraente o al Beneficiario non possono essere pignorate né sequestrate.

Art. 19 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 20 - Foro competente

Per le controversie relative al contratto, il Foro competente può essere esclusivamente quello della sede, o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o del Beneficiario o di loro aventi causa (cioè chi acquisisce un diritto che prima spettava ad altri).

Per queste controversie, l'azione giudiziale è possibile dopo aver tentato la mediazione depositando un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice competente per territorio di cui al comma precedente (Artt. 4 e 5 del D.Lgs. 4.3.2010, così come modificato dalla Legge 9.8.2013 n. 98).

Le istanze di mediazione nei confronti di Alleanza Assicurazioni devono essere inoltrate per iscritto a:

Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano

E-mail: alleanza@pec.alleanza.it

Art. 21 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali

Alleanza Assicurazioni non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa o il pagamento della prestazione espone Alleanza Assicurazioni a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

“Alleanza Assicurazioni S.p.A.”

Condizioni di Assicurazione relative alla Polizza stipulata tra

Europ Assistance Italia S.p.A. con sede in Milano, Piazza Trento n. 8 – Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni, con decreto del Ministero dell’Industria del Commercio e dell’Artigianato n. 19569 del 2 giugno 1993 (Gazzetta Ufficiale del 1° luglio 1993 n. 152) – Iscritta alla sezione I dell’Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108 – Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all’Albo dei Gruppi assicurativi – Società soggetta alla direzione e al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.

(di seguito per brevità – Europ Assistance)

e

Alleanza Assicurazioni S.p.A. con sede in Milano, Piazza Tre Torri n. 1 – C.F. e Iscrizione Registro Imprese di Milano 10908160012 - P.I.V.A. 01333550323

(di seguito per brevità – Contraente)

a favore clienti della Contraente, da intendersi quali Assicurati ai sensi dell’art. 1891 del Codice Civile

Condizioni di Assicurazione Mod. 20050

INDICE

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE PER L'ASSICURATO	2
COME RICHIEDERE ASSISTENZA.....	7
RECLAMI	8
COSA SONO I DATI PERSONALI E COME VENGONO UTILIZZATI DA EUROP ASSISTANCE ITALIA S.P.A.	1
ALLEGATO A – GLOSSARIO.....	1

Condizioni di Assicurazione Mod. 20050

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE PER L'ASSICURATO

Art. 1. - ALTRE ASSICURAZIONI

Per lo stesso Rischio puoi essere assicurato con diverse compagnie di assicurazione.

Se si verifica un Sinistro, devi informare tutte le compagnie di assicurazione con cui sei assicurato sullo stesso Rischio e, tra queste, Europ Assistance, dell'esistenza delle altre compagnie di assicurazione che coprono lo stesso Rischio. In questo caso si applica l'art. 1910 del Codice Civile.

L'art. 1910 del Codice Civile italiano vuole evitare il caso in cui l'Assicurato, che ha più assicurazioni per lo stesso Rischio con diverse compagnie, riceva complessivamente una somma superiore al danno che ha subito. Per questo motivo l'Assicurato, in caso di sinistro, deve informare ogni compagnia di tutte le assicurazioni sottoscritte con le altre, per lo stesso Rischio.

Art. 2. - LEGGE REGOLATRICE E GIURISDIZIONE

Le Condizioni di Assicurazione sono regolate dalla legge italiana.

Per tutto quello che non è previsto dalle Condizioni di Assicurazione e per tutte le regole di giurisdizione e/o competenza del giudice, si applica la legge italiana.

Art. 3. - TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ogni tuo diritto nei confronti di Europ Assistance si prescrive entro il termine di due anni dal giorno del Sinistro. Nell'assicurazione della responsabilità civile i due anni iniziano dal giorno in cui la persona danneggiata ti ha fatto causa per ottenere il risarcimento o te lo ha chiesto senza farti causa. In questo caso si applica l'art. 2952 del Codice Civile.

In caso di apertura del sinistro hai l'obbligo di interrompere i termini prescrizionali in forma scritta.

Es: se l'Assicurato denuncia un Sinistro oltre il termine massimo di due anni stabiliti dal Codice Civile, non avrà diritto all'Indennizzo.

Art. 4. - VALUTA DI PAGAMENTO

In Italia ricevi l'Indennizzo in Euro. Se chiedi l'Indennizzo di spese avute in paesi che non fanno parte dell'Unione Europea o appartenenti all'Unione Europea, ma che non hanno l'Euro come moneta, Europ Assistance calcola il rimborso convertendo in Euro l'importo delle spese che hai avuto. Europ Assistance calcola l'indennizzo in base al valore dell'Euro in rapporto alla moneta del paese in cui hai sostenuto le spese nel giorno di emissione della fattura.

Art. 5. - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Europ Assistance quando ti fornisce le Garanzie potrebbe venire a conoscenza e utilizzare i dati personali di altre persone. Devi far conoscere a queste persone l'Informativa sul trattamento dei dati e farti dare il loro consenso scritto al trattamento dei loro dati per finalità assicurative. Il trattamento potrebbe anche riguardare informazioni relative al loro stato di salute o a reati da loro commessi/condanne penali. Puoi usare la seguente formula di consenso: "Ho letto l'Informativa sul trattamento dei dati e acconsento al trattamento dei miei dati personali ivi inclusi dati sanitari e/o relativi a reati e condanne penali necessari alla gestione delle Garanzie da parte di Europ Assistance Italia e dei soggetti indicati nell'informativa."

Art. 6. - SEGRETO PROFESSIONALE

Devi liberare dal segreto professionale nei confronti di Europ Assistance, i medici che devono esaminare il tuo sinistro per il quale deve essere valutato il tuo stato di salute.

Condizioni di Assicurazione Mod. 20050

SEZIONE I – DESCRIZIONE DELLE GARANZIE



Che cosa è assicurato?

Art. 7. - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

GARANZIA ASSISTENZA

La Garanzia Assistenza è operativa solo quando si verifica una delle gravi malattie tra quelle elencate nella assicurazione complementare facoltativa “gravi malattie” della polizza “PERSEMPRE” di Alleanza Assicurazioni, che comporta la denuncia di Sinistro per l'accertamento della perdita di autosufficienza sulla stessa polizza. Le prestazioni di Assistenza di seguito descritte possono essere richieste solo una volta per ciascun tipo durante il periodo in cui rimani assicurato con Alleanza assicurazioni.

PRESTAZIONI

6.1 CARE MANAGER

(Prestazione fornita dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00)

Se hai bisogno di una consulenza socio assistenziale, puoi telefonare alla Struttura Organizzativa che attiva il Care Manager. Il Care Manager, dopo un approfondito colloquio telefonico con te e, in caso di impossibilità, con i tuoi familiari, valuta le diverse esigenze di Cura.

Al termine delle sue valutazioni, il Care Manager, ti restituisce per iscritto e mediante colloquio telefonico:

- un piano di cura personalizzato sulla base della situazione riscontrata con l'indicazione delle figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- indicazione di eventuali modifiche alla logistica della tua abitazione con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o pericoli da rimuovere;
- Indicazione dei parametri da monitorare;
- Indicazioni su dove reperire gli ausili e i presidi necessari;
- indicazioni su come ottenere i servizi sanitari /sociali presso le strutture presenti sul territorio con indicazioni degli uffici ai quali rivolgersi;
- Indicazione su come ottenere le risorse messe a disposizione dal SSN.

Se lo ritieni necessario, il Care Manager, organizza un sopralluogo presso la tua Abitazione e può richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione.

6.2 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)

Ospedalizzazione Domiciliare

La Struttura Organizzativa, su valutazione del Care Manager, organizza e gestisce il tuo ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico **per un massimo di 120 giorni continuativi e non frazionabili.**

La modalità per l'accesso ed erogazione della Prestazione, accertata la necessità della stessa, sono definite dal Care Manager che provvede, insieme al servizio medico della Struttura Organizzativa, ad attivare quanto necessario.

Servizi Sanitari

Se hai bisogno di eseguire presso la tua abitazione prelievi del sangue, ecografie, elettrocardiogrammi **non urgenti**, di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti. *la Struttura Organizzativa in accordo con il Care Manager, accertata la necessità della Prestazione, provvede ad organizzarla **per un massimo di 120 giorni continuativi e non frazionabili.***

Servizi Non Sanitari

Se non puoi lasciare la tua abitazione, la Struttura Organizzativa, provvede ad inviare presso la tua abitazione personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori.

*la Struttura Organizzativa in accordo con il Care Manager, accertata la necessità della Prestazione, provvede ad organizzarla **per un massimo di 120 giorni continuativi e non frazionabili.***

Condizioni di Assicurazione Mod. 20050

Servizi Socio Assistenziali

La Struttura Organizzativa sulla base della tua necessità di assistenza individua il personale più idoneo, Operatore Socio Sanitario e/o socio assistenziale (Badante). La Struttura Organizzativa accertata la necessità della prestazione, provvede ad inviare un Operatore Socio sanitario e/o segnalare la società in grado di inviare il personale socio assistenziale (badante), secondo le disponibilità **Europ Assistance tiene a proprio carico i costi per un massimo di 120 giorni consecutivi e non frazionabili.**



Dove valgono le garanzie?

Art. 8. - ESTENSIONE TERRITORIALE

La Garanzia Assistenza è valida in Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano.



Quando cominciano le coperture e quando finiscono?

Art. 9. - DECORRENZA E DURATA

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui paghi il premio dell'assicurazione complementare facoltativa "Gravi malattie" unitamente a quello dell'assicurazione principale della polizza "PERSEMPRE", che sottoscrivi con la Contraente e ha una durata di 365 giorni dalla data di decorrenza. In seguito la copertura assicurativa, si rinnoverà di anno in anno fino a che rimarrai assicurato con la polizza "PERSEMPRE" di Alleanza.

La copertura assicurativa termina al raggiungimento dei 75 anni e 6 mesi di età o qualora tu abbia già richiesto una delle Prestazioni di Assistenza previste dalla presente Polizza.

SEZIONE II – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLE GARANZIE



Che cosa non è assicurato?

Art. 10. - ESCLUSIONI

GARANZIA ASSISTENZA

Sono esclusi:

- a. il dolo;
- b. la negligenza, l'imprudenza ed imperizia nel seguire i consigli medici;
- c. gli infortuni, le malattie, le malformazioni, i difetti fisici e gli stati patologici diagnosticati anteriormente alla sottoscrizione della polizza "PERSEMPRE" di Alleanza Assicurazioni o esclusi dalla stessa;
- d. gli stati patologici correlati alle infezioni da HIV;
- e. le malattie intenzionalmente procurate;
- f. le malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- g. le conseguenze di guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- h. le conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- i. lo svolgimento di attività sportiva non dichiarata come praticata alla data di sottoscrizione della Polizza "PERSEMPRE" di Alleanza Assicurazioni o successivamente;
- j. lo svolgimento di attività professionale pericolosa non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della Polizza "PERSEMPRE" di Alleanza Assicurazioni o successivamente.

Condizioni di Assicurazione Mod. 20050



Ci sono limiti di copertura?

Art. 11. - SANZIONI INTERNAZIONALI

Europ Assistance Italia S.p.A. non è tenuta a garantire la copertura assicurativa e non è obbligata a pagare l'Indennizzo e/o Risarcimento o a riconoscere alcun beneficio previsto dalle presenti Condizioni di Assicurazione se la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale Risarcimento od il riconoscimento di tale beneficio espone Europ Assistance Italia S.p.A. a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori determinati da leggi o regolamenti dell'Unione Europea o degli USA. Questa clausola prevarrà su qualsiasi clausola contraria eventualmente contenuta in queste Condizioni di Assicurazione.

Al seguente link trovi l'elenco aggiornato dei Paesi soggetti a sanzioni

<https://www.europ-assistance.com/en/who-we-are/international-regulatory-information>

La polizza non è operante nei seguenti Paesi: **Siria, Corea del Nord, Iran e Venezuela** e in **Crimea**

Attenzione!

Se sei una "United States Person" e sei a Cuba, per poter avere l'assistenza, Indennizzi/Risarcimenti previsti in Polizza devi dimostrare ad Europ Assistance Italia S.p.A. di essere a Cuba rispettando le leggi USA.

Senza l'autorizzazione al tuo soggiorno a Cuba Europ Assistance Italia S.p.A. non può fornire l'assistenza e riconosciuti Indennizzi/Risarcimenti.

Art. 12. - LIMITAZIONI DELLE GARANZIE

GARANZIA ASSISTENZA

- **LIMITAZIONE DI RESPONSABILITA'**

Europ Assistance non è responsabile dei danni:

- causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza;
- conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.

Si precisa inoltre che l'operatività delle prestazioni è comunque soggetta alle limitazioni e ai provvedimenti imposti dalle Autorità governative, locali e sanitarie.

- **LIMITI DI ETA'**

La Garanzia Assistenza è valida fino a quando raggiungi i 75 anni e 6 mesi di età.

Condizioni di Assicurazione Mod. 20050

SEZIONE III – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E DI EUROP ASSISTANCE



Che obblighi hai e che obblighi ha l'impresa?

Art. 13. - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO GARANZIA ASSISTENZA

In caso di Sinistro, devi telefonare subito alla Struttura Organizzativa ai numeri:

800.04.66.94 valido per telefonate dall'Italia

02.58.24.60.26 valido per telefonate dall'Italia e dall'estero

Se non puoi telefonare subito alla Struttura Organizzativa perché non ne hai la possibilità, devi chiamare appena possibile e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

Se non chiami la Struttura Organizzativa, Europ Assistance può decidere di non fornirti le Prestazioni di assistenza. In questo caso si applica l'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 1915 Codice Civile italiano: *l'articolo spiega cosa succede all'Assicurato se non denuncia il sinistro al suo assicuratore nei tempi in cui lo ha richiesto.*

L'assicuratore è tenuto a indennizzare l'Assicurato di una somma pari al danno che l'Assicurato ha subito.

Se l'Assicurato si comporta volutamente in modo da causare o aggravare il danno, l'assicuratore può non pagarlo.

Se l'Assicurato causa o aggrava involontariamente il danno, l'assicuratore può pagarlo di meno.

Condizioni di Assicurazione Mod. 20050

COME RICHIEDERE ASSISTENZA

Per ricevere le prestazioni di Assistenza, puoi telefonare alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance che è in funzione 24 ore su 24, La Struttura Organizzativa ti darà tutte le informazioni per intervenire o ti indicherà le procedure più idonee per risolvere nel migliore dei modi qualsiasi tipo di problema oltre ad autorizzare eventuali spese.

IMPORTANTE: non prendere alcuna iniziativa senza avere prima interpellato telefonicamente la Struttura Organizzativa al numero:

800.04.66.94 - 02.58.24.60.26

Dovrai dare le seguenti informazioni:

- Tipo di prestazione richiesta;
- nome e cognome;
- indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- recapito telefonico.

Se non puoi telefonare alla Struttura Organizzativa, puoi inviare: un fax al numero 02.58477201

Europ Assistance per poter fornire le Garanzie previste nelle Condizioni di Assicurazione deve trattare i tuoi dati e per questo ha bisogno del tuo consenso, come dice il Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali. Telefonando o scrivendo o facendo telefonare o scrivere ad Europ Assistance fornisci liberamente il tuo consenso al trattamento dei dati personali. Quando è necessario il consenso potrà riguardare anche l'utilizzo dei dati relativi allo stato di salute o i reati e le condanne penali, come indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati che hai ricevuto.

Ai sensi del Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013 La informiamo che, a partire dal 1 Novembre 2013, è possibile attraverso l'accesso all'area riservata nel sito internet di Europ Assistance Italia S.p.a. consultare le Sue coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato di pagamento dei premi e le relative scadenze.

L'accesso all'area riservata può avvenire in qualsiasi momento previa registrazione, qualora non ancora effettuata, nell'area clienti del sito internet www.europassistance.it

Per qualsiasi informazione è possibile contattare il numero verde 800.01.35.29 dalle ore 8.00 alle 20.00, dal lunedì al sabato.

Condizioni di Assicurazione Mod. 20050

RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: Europ Assistance Italia S.p.A. – Ufficio Reclami – Piazza Trento, 8 – 20135 Milano; fax: 02.58.47.71.28 – pec: reclami@pec.europassistance.it - e-mail: ufficio.reclami@europassistance.it.

Se non sei soddisfatto dell'esito del reclamo o se non ricevi riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrai rivolgerti all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax: 06.42.13.32.06, pec: ivass@pec.ivass.it, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da Europ Assistance. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente all'IVASS, nel reclamo devi indicare:

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

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

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

- **Mediazione:** 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);
- **Negoziazione assistita:** tramite richiesta del proprio avvocato ad Europ Assistance Italia S.p.A.

Controversie in materia assicurativa sulla determinazione e stima dei danni nell'ambito delle polizze contro il rischio di danno (ove previsto dalle Condizioni di Assicurazione).

In caso di controversie relative alla determinazione e stima dei danni, è necessario ricorrere alla perizia contrattuale ove prevista dalle Condizioni di Assicurazione per la risoluzione di tale tipologia di controversie. La domanda di attivazione della perizia contrattuale o di arbitrato dovrà essere indirizzata a: Ufficio Liquidazione Sinistri – Piazza Trento, 8 – 20135 Milano, a mezzo Raccomandata A.R. oppure pec: all'indirizzo sinistri@pec.europassistance.it.

Se si tratta di controversie nell'ambito di polizze contro il rischio di danno nelle quali sia già stata espletata la perizia contrattuale oppure non attinenti alla determinazione e stima dei danni, la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita.

Controversie in materia assicurativa su questioni mediche (ove previsto dalle Condizioni di Assicurazione).

In caso di controversie relative a questioni mediche relative a polizze infortuni o malattie, è necessario ricorrere all'arbitrato ove previsto dalle Condizioni di Assicurazione per la risoluzione di tale tipologia di controversie. La domanda di attivazione della perizia contrattuale o di arbitrato dovrà essere indirizzata a: Ufficio Liquidazione Sinistri – Piazza Trento, 8 – 20135 Milano, a mezzo Raccomandata A.R. oppure pec: all'indirizzo sinistri@pec.europassistance.it. L'arbitrato si svolgerà presso la sede dell'Istituto di medicina legale più vicino al tuo luogo di residenza.

Se si tratta di controversie nell'ambito di polizze contro gli infortuni o malattie nelle quali sia già stato espletato l'arbitrato oppure non attinenti a questioni mediche, la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

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

INFORMATIVA PRIVACY

COSA SONO I DATI PERSONALI E COME VENGONO UTILIZZATI DA EUROP ASSISTANCE ITALIA S.P.A.

Informativa sul trattamento dei dati per finalità assicurative
(ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali)

I **Dati personali** sono le informazioni che riguardano una persona e che permettono di riconoscerla tra altre persone. Sono Dati personali ad esempio il nome e cognome, il numero di carta di identità o di passaporto, le informazioni relative allo stato di salute, come la malattia o l'infortunio, le informazioni relative a reati e condanne penali.

Esistono norme^[1] che tutelano i Dati personali per proteggerli da utilizzi non corretti. Europ Assistance Italia rispetta queste norme e, anche per questo motivo, desidera informarti su cosa fa dei Tuoi Dati personali^[2].

Se quanto è descritto in questa Informativa non è sufficiente o desideri far valere un diritto previsto dalla normativa, puoi scrivere al **Responsabile della protezione dei dati** presso Europ Assistance Italia - Ufficio Protezione Dati - Piazza Trento 8 - 20135 Milano o via mail a UfficioProtezioneDati@europassistance.it

Perché Europ Assistance Italia utilizza i Tuoi Dati personali e cosa succede se non li fornisci o non autorizzi ad usarli

Europ Assistance Italia utilizza i Tuoi Dati personali, se necessario per la gestione delle GARANZIE anche quelli relativi allo stato di salute o relativi a reati e condanne penali, per le seguenti *finalità assicurative*:

- svolgere l'attività che è prevista dalla Polizza ovvero per fornire le GARANZIE; svolgere l'attività assicurativa ovvero ad esempio proporre e gestire la Polizza, raccogliere i premi, riassicurarsi, fare attività di controllo e statistiche: i Tuoi Dati comuni che, potrebbero essere anche relativi alla Tua posizione (geolocalizzazione), vengono trattati per adempimento contrattuale; per trattare, laddove necessario, i Tuoi Dati relativi allo stato di salute o relativi a reati o condanne penali dovrai fornire il Tuo consenso;
- svolgere l'attività assicurativa, prevenire e individuare le frodi, intraprendere azioni legali e comunicare alle Autorità possibili reati, recuperare i crediti, effettuare comunicazioni infragruppo, tutelare la sicurezza del patrimonio aziendale (ad es: degli edifici e degli strumenti informatici): i Tuoi Dati, anche quelli relativi allo stato di salute o relativi a reati e condanne penali per i quali hai prestato consenso, vengono trattati per interesse legittimo della compagnia e di terzi;
- svolgere l'attività che è prevista dalla legge, come ad esempio la conservazione dei documenti di Polizza e di sinistro; rispondere alle richieste delle autorità, come ad esempio dei Carabinieri, dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS): i Tuoi Dati, inclusi quelli relativi allo stato di salute o relativi a reati e condanne penali, vengono trattati per adempimento di legge o regolamentari.

Se non fornisci i Tuoi Dati personali e/o non acconsenti ad usarli, Europ Assistance Italia non potrà svolgere l'attività per le *finalità assicurative* e quindi non potrà neppure fornire le GARANZIE.

Come Europ Assistance Italia utilizza i Tuoi Dati personali e a chi li comunica

Europ Assistance Italia, attraverso suoi dipendenti, collaboratori ed anche soggetti/società esterni,^[3] utilizza i Dati personali che ha ottenuto da Te o da altre persone (come ad esempio dal contraente di Polizza, da un tuo parente o dal medico che ti ha curato, da un compagno di viaggio o da un fornitore) sia su carta sia con il computer o app.

Per le *finalità assicurative* Europ Assistance Italia potrà comunicare i Tuoi Dati personali, se necessario, a soggetti privati e pubblici che operano nel settore assicurativo ed altri soggetti che svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa^[4].

Europ Assistance Italia, in base alla attività che deve svolgere, potrà usare i Tuoi Dati personali in Italia e all'estero e comunicarli anche a soggetti con sede in Stati che si trovano al di fuori dell'Unione Europea e che potrebbero non garantire un livello di protezione adeguato secondo la Commissione Europea. In questi casi, il trasferimento dei Tuoi Dati personali verso soggetti al

^[1] Il Regolamento Europeo sul Trattamento dei Dati personali UE 2016/679 (di seguito Regolamento Privacy) e la normativa italiana primaria e secondaria

^[2] Europ Assistance Italia opera in qualità di Titolare del trattamento secondo quanto previsto dal Regolamento Privacy

^[3] Questi soggetti, ai sensi del Regolamento Privacy, vengono designati Responsabili e/o persone autorizzate al trattamento, o operano quali Titolari autonomi o Contitolari, e svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa. Sono ad esempio: agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, soccorsi stradali, periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri ed altri erogatori convenzionati di servizi, società del Gruppo Generali ed altre società che svolgono servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.

^[4] Al Contraente di polizza, altre filiali di Europ Assistance, Società del Gruppo Generali e altri soggetti quali ad esempio intermediari assicurativi (agenti, brokers, subagenti, banche); compagnie di coassicurazione o di riassicurazione; avvocati, medici, consulenti e altri professionisti; fornitori come carrozzerie, soccorritori, demolitori, strutture sanitarie, società che gestiscono i sinistri, altre società che forniscono servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di mailing, di profilazione e che rilevano il grado di soddisfazione dei clienti.

INFORMATIVA PRIVACY

di fuori dell'Unione Europea avverrà con le opportune ed adeguate garanzie in base alla legge applicabile. Hai il diritto di ottenere le informazioni relative al trasferimento dei Tuoi Dati personali fuori dalla Unione Europea contattando l'Ufficio Protezione Dati.

Europ Assistance Italia non renderà accessibili al pubblico i Tuoi Dati personali.

Per quanto tempo Europ Assistance Italia conserva i Tuoi Dati personali

Europ Assistance Italia conserva i Tuoi Dati personali per tutto il tempo necessario alla gestione delle finalità sopra indicate secondo quanto previsto dalla normativa o, se mancante, in base ai tempi che di seguito vengono riportati.

- I Dati personali contenuti nei contratti di assicurazione, trattati di assicurazione e contratti di coassicurazione, fascicoli di sinistro e contenzioso, vengono conservati per 10 anni dalla ultima registrazione ai sensi delle disposizioni del Codice Civile o per ulteriori 5 anni ai sensi delle disposizioni regolamentari assicurative.
- I Dati personali comuni raccolti in qualsiasi occasione (ad esempio stipula di una Polizza, richiesta di un preventivo) accompagnati da consenso/rifiuto del consenso per le promozioni commerciali e la profilazione vengono conservati senza scadenza, così come le evidenze delle relative modifiche da Te apportate nel corso del tempo al consenso/rifiuto. Rimane fermo il Tuo diritto ad opporsi in ogni momento a tali trattamenti e a richiedere la cancellazione dei Tuoi dati laddove non sussistano condizioni contrattuali o normative che prevedano la necessaria conservazione.
- I Dati personali raccolti a seguito dell'esercizio dei diritti degli interessati vengono conservati per 10 anni dall'ultima registrazione ai sensi delle disposizioni del Codice Civile
- I Dati personali di soggetti che hanno frodato o tentato di frodare vengono conservati anche oltre il termine di 10 anni.

In generale, per tutto quanto non espressamente specificato, si applica il termine di conservazione decennale previsto dall'articolo 2220 del Codice Civile o altro specifico termine previsto dalla normativa in vigore.

Quali sono i Tuoi diritti a tutela dei Tuoi Dati personali

In relazione al trattamento dei Tuoi Dati personali hai i seguenti diritti: accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità, revoca, opposizione che potrai far valere con le modalità riportate nel successivo paragrafo "Come puoi fare per far valere i Tuoi diritti a tutela dei Tuoi dati personali". Hai il diritto di presentare un reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali e puoi trovare maggiori informazioni sul sito www.garanteprivacy.it.

Come puoi fare per far valere i Tuoi diritti a tutela dei Tuoi dati personali

- Per conoscere quali sono i Tuoi Dati personali utilizzati da Europ Assistance Italia (diritto di accesso);
- per chiedere di rettificare (aggiornare, modificare) o, se possibile, cancellare, limitare ed esercitare il diritto di portabilità sui Tuoi Dati personali trattati presso Europ Assistance Italia;
- per opporsi al trattamento dei Tuoi Dati personali basato sull'interesse legittimo del titolare o di un terzo salvo che il titolare o il terzo dimostri la prevalenza di detti interessi legittimi rispetto ai Tuoi oppure tale trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; per opporsi al trattamento dei Tuoi Dati personali per finalità di marketing diretto

puoi scrivere a:

Ufficio Protezione Dati - Europ Assistance Italia SpA - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano,
anche via mail: UfficioProtezioneDati@europassistance.it

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, Europ Assistance Italia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet www.europassistance.it dove potrai anche trovare maggiori informazioni sulle politiche in materia di protezione dei dati personali adottate da Europ Assistance Italia.

ALLEGATO A - GLOSSARIO

ALLEGATO A – GLOSSARIO

ASSICURATO: la persona fisica titolare della Polizza “PERSEMPRE” sottoscritta con la Contraente. Tale polizza è comprensiva dell’assicurazione complementare facoltativa “Gravi malattie”

ETA’ ASSICURATIVA: Età espressa in anni interi per cui le frazioni di anno inferiori a 6 mesi sono trascurate mentre quelle pari o superiori sono considerate come anno compiuto (es. 34 anni e 6 mesi = 35 anni; 43 anni e 5 mesi = 43 anni). Tale età viene determinata alla decorrenza del contratto e si incrementa in funzione del tempo trascorso

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: clausole della Polizza che contengono: le Condizioni Generali di Assicurazione per l’Assicurato, la descrizione delle Garanzie, le esclusioni e le limitazioni delle Garanzie e gli obblighi dell’Assicurato e di Europ Assistance.

CONTRAENTE: Alleanza S.p.A. con sede in Piazza Tre Torri 1, 20145 Milano, Codice Fiscale e iscrizione Registro Imprese di Milano n. 10908160012 - P.I.V.A. 01333550323 che ha sottoscritto con Europ Assistance la Polizza a favore dei propri clienti.

EUROP ASSISTANCE: la Compagnia di Assicurazione con Sede sociale, Direzione e Uffici in Piazza Trento, 8 – 20135 Milano – Indirizzo posta elettronica certificata (PEC): EuropAssistancelItaliaSpA@pec.europassistance.it - Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni, con decreto del Ministero dell’Industria del Commercio e dell’Artigianato N. 19569 del 2 giugno 1993 (Gazzetta Ufficiale del 1° luglio 1993 N. 152) - Iscritta alla sezione I dell’Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108 - Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all’Albo dei Gruppi assicurativi - Società soggetta alla direzione e al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.

GARANZIA: la copertura assicurativa descritta nelle Condizioni di Assicurazione.

INDENNIZZO: somma di denaro dovuta da Europ Assistance all’Assicurato in caso di sinistro.

MASSIMALE: somma massima che Europ Assistance paga in caso di sinistro.

POLIZZA: il contratto assicurativo tra Europ Assistance e la Contraente, stipulato a favore dei clienti della Contraente e avente per oggetto le Garanzie descritte nelle Condizioni di Assicurazione. La Polizza è composta dalle Condizioni generali di Assicurazione per la Contraente e dalle Condizioni di Assicurazione.

PRESTAZIONE: l’aiuto materiale dato all’Assicurato nel momento del bisogno dalla Struttura Organizzativa di Europ Assistance per un sinistro previsto dalla Garanzia assistenza.

RISCHIO: la probabilità che si verifichi il sinistro.

SINISTRO: il verificarsi dell’evento dannoso per il quale è prestata la garanzia.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell’anno, che provvede al contatto telefonico con l’Assicurato, all’organizzazione ed erogazione delle Prestazioni di assistenza previste nelle Condizioni di Assicurazione.

SOMMARIO

DEFINIZIONI	1
CHE COSA È ASSICURATO/QUALI SONO LE PRESTAZIONI?	
Art. 1 - Oggetto del contratto.....	2
ASSICURAZIONE PRINCIPALE	2
Art. 2 - Prestazione.....	2
ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE (FACOLTATIVA).....	3
Art. 3 - Prestazione complementare gravi malattie.....	3
CHE COSA NON È ASSICURATO?	
Art. 4 - Persone non assicurabili.....	3
CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	
Art. 5 - Esclusioni e limitazioni	3
ASSICURAZIONE PRINCIPALE	3
ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE.....	5
CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?	
Art. 6 - Dichiarazioni.....	5
Art. 7 - Denuncia e riconoscimento della perdita di autosufficienza e delle gravi malattie.....	6
ASSICURAZIONE PRINCIPALE	6
ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE	7
QUANDO E COME DEVO PAGARE?	
Art. 8 - Versamento dei premi	8
Art. 9 - Mezzi di versamento dei premi.....	8
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	
Art. 10 - Durata	8
ASSICURAZIONE PRINCIPALE	8
ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE.....	8
Art. 11 - Conclusione ed entrata in vigore del contratto.....	9
COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?	
Art. 12 - Recesso.....	9
QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?	
Art. 13 - Costi	9
SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Art. 14 - Riscatto e riduzione.....	9
Art. 15 - Interruzione del versamento dei premi: risoluzione.....	9
Art. 16 - Ripresa del versamento dei premi: riattivazione.....	9
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI AL CONTRATTO	
Art. 17 - Beneficiario.....	10
Art. 18 - Non pignorabilità e non sequestrabilità	10
Art. 19 - Rinvio alle norme di legge.....	10
Art. 20 - Foro competente.....	10
Art. 21 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali.....	10

ALLEGATO "PRESTAZIONI DI ASSISTENZA" EROGATE DA EUROP ASSISTANCE ITALIA SPA