



Dirigenti
LTC



CONDIZIONI DEL CONTRATTO

Questo contratto è disciplinato esclusivamente:

- dalle Condizioni del contratto che seguono;
- da quanto stabilito nel contratto e nelle eventuali appendici;
- dalle disposizioni legislative in materia.

PARTE I – PRESTAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 - Prestazioni

L'assicurazione di cui al presente contratto è un'assicurazione collettiva che garantisce l'erogazione di una rendita annua vitalizia in caso di *perdita di autosufficienza permanente nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana* degli assicurati definiti nella premessa del contratto se questa avviene prima della scadenza contrattuale e la Contraente sia in regola con il pagamento del premio annuo. Tale rendita viene corrisposta in rate anticipate con rateazione mensile.

L'importo della rendita annua vitalizia sarà rivalutata annualmente secondo i criteri e le modalità previste nella clausola di rivalutazione (Art. 16) dal momento dell'erogazione a seguito del verificarsi della *perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana*.

Le rendite annue o, in alternativa, i premi da versare sono comunicati dalla Contraente e sono stabiliti in base a criteri uniformi ed indipendenti dalla volontà dei singoli assicurati.

Art. 2 - Ingresso e permanenza in assicurazione

La copertura assicurativa decorre dalla data del versamento del premio da parte della Contraente alla Società e non è subordinata alla consegna di alcuna documentazione sanitaria.

Art. 3 - Comunicazioni della Contraente

La Contraente fornirà alla Società ad ogni ricorrenza annua l'elenco aggiornato degli assicurandi da includere in assicurazione precisando per ciascuno di essi: cognome, nome, sesso, data di nascita, codice fiscale e rendita da assicurare o, in alternativa, il premio da versare, oltre ad ogni altro tipo di informazione che dalla Società fosse richiesta per l'inserimento degli assicurandi nella collettiva o per il pagamento delle prestazioni garantite.

Non sono assicurabili coloro che risultassero già affetti da invalidità e/o non autosufficienza o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in copertura.

Nel corso dell'anno la Contraente comunicherà tempestivamente alla Società eventuali aggiornamenti della popolazione assicurata (in entrata o in uscita) riportando gli estremi sopra elencati.

Qualora l'ingresso avvenga nel corso dell'anno il primo premio verrà riproporzionato sulla base dei mesi di effettiva partecipazione all'assicurazione.



Qualora l'uscita dalla copertura avvenga prima di una ricorrenza annuale, per motivi diversi dall'evento assicurato, nulla è dovuto dalla Società alla Contraente.

Art. 4 - Dichiarazioni della Contraente e dell'Assicurato

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

In caso di dichiarazioni inesatte e di reticenze relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso all'assunzione del rischio, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Società stessa:

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

- di contestare la validità del contratto o della singola posizione assicurativa entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di rifiutare, in caso di sinistro e in ogni tempo, il pagamento delle prestazioni restituendo la somma dei versamenti effettuati, al netto dei diritti di emissione e quietanza;

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

- di rivedere le condizioni di assunzione previste dal contratto o inerenti alla singola posizione assicurativa entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre, in caso di sinistro e in ogni tempo, le prestazioni in relazione al maggior rischio accertato.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Art. 5 - Limiti di età

All'atto della stipula del contratto possono essere inclusi in assicurazione tutti gli assicurati di cui in premessa aventi un'età (età calcolata in anni interi, considerando come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi) non inferiore a 18 e non superiore a 65 anni.

Art. 6 - Perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato

La perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana in modo presumibilmente permanente, avviene quando l'Assicurato è incapace di svolgere gli "atti elementari della vita quotidiana" sotto indicati e per il cui svolgimento necessita di assistenza da parte di un'altra persona :

- farsi il bagno o la doccia
- vestirsi e svestirsi
- igiene del corpo
- mobilità
- continenza
- bere e mangiare

La perdita di autosufficienza ai fini della presente assicurazione viene riconosciuta quando l'Assicurato abbia raggiunto il punteggio di almeno 40 punti con i criteri e le modalità riportati nella Tabella A .

**Art. 7 - Esclusioni in caso di perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato**

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

- a) attività dolosa della Contraente;
- b) attività dolosa del Beneficiario;
- c) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- d) partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso l'assicurazione può essere presentata solo alle condizioni stabilite dal competente Ministero e su richiesta della Contraente;
- e) partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- f) malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- g) negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- h) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

In questi casi, ad eccezione della fattispecie indicata alla lettera b) per la quale non è prevista alcuna prestazione, la Società corrisponde alla Contraente i versamenti effettuati relativi all'Assicurato interessato, al netto della cifra fissa.

Art. 8 - Carenze in caso di perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato

E' previsto un periodo di carenza pari ai primi sei mesi di copertura durante il quale, nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza, la Società corrisponderà alla Contraente i versamenti effettuati relativi all'Assicurato in questione, al netto della cifra fissa.

Il periodo di carenza non si applica qualora la perdita di autosufficienza sia conseguenza diretta di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione. Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la perdita di autosufficienza.

Nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, nei primi cinque anni, la Società risolve il contratto, relativamente alla posizione, corrispondendo la somma dei versamenti effettuati, al netto della cifra fissa.

Art. 9 - Denuncia, accertamento e riconoscimento della perdita di autosufficienza

Verificatasi la perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato, la Contraente o l'Assicurato stesso deve richiederne per iscritto il riconoscimento alla Società su apposito modello fornito dalla stessa (Mod. VA24), a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, allegando una relazione medica



sulle cause della perdita di autosufficienza redatta dal medico curante su apposito modello (Mod. VA25) anch'esso fornito dalla Società. Dalla data di ricevimento di tale documentazione – *data di denuncia* – decorre il *periodo di accertamento* da parte della Società che, in ogni caso, non può superare i sei mesi. La denuncia non può essere presentata trascorsi sei mesi dal termine della copertura assicurativa dell'interessato.

La Società si riserva di richiedere all'Assicurato informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Ultimati i controlli medici la Società comunica per iscritto alla Contraente o all'Assicurato stesso, entro e non oltre il periodo di accertamento, se riconosce o meno lo stato di non autosufficienza.

A partire dalla data di denuncia, la Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento della *perdita di autosufficienza permanente*, mentre la Società si impegna a mantenere in vigore la garanzia prestata. In caso di mancato riconoscimento, la Contraente è tenuta a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia.

Art. 10 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

Nel periodo di erogazione della rendita, la Società ha il diritto di effettuare successivi accertamenti della condizione di non autosufficienza dell'Assicurato, non più di una volta ogni tre anni. In tale occasione sarà richiesta almeno la presentazione di un certificato del medico curante che attesti la permanenza dello stato di non autosufficienza.

Se dagli eventuali accertamenti risultasse che l'Assicurato non raggiunge il punteggio di almeno 40 punti con i criteri e le modalità riportati nella Tabella A, cessa immediatamente l'erogazione della prestazione per la perdita di autosufficienza. Tuttavia la prestazione assicurata prevista all'Art.1, ovvero l'erogazione della rendita in caso di perdita di autosufficienza, rimane in vigore senza il versamento di ulteriori premi.

Art. 11 - Controversie

Nel caso in cui la perdita di autosufficienza permanente non venga riconosciuta dalla Società, la Contraente o l'Assicurato stesso hanno facoltà di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione Generale della Società, la decisione di un Collegio medico, composto di tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dalla Contraente o - su sua delega - dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due Parti.

In caso di mancato accordo fra le Parti la scelta del terzo medico è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato e, ove lo ritenga opportuno, può esperire qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).



Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa di ogni formalità di legge, e sono vincolanti per 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 del Collegio medico 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dai medici nel verbale definitivo.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Art. 12 - Beneficiari

Beneficiario delle prestazioni previste dal presente contratto è l'Assicurato stesso.

PARTE II - DURATA E PREMI

Art. 13 - Decorrenza e durata del contratto

Ferma la copertura annuale derivante dal versamento del relativo premio annuo, il contratto ha una durata di cinque anni a partire dalla data di decorrenza di cui in premessa e si rinnova automaticamente di volta in volta alla scadenza per un periodo di cinque anni, in mancanza di diversa volontà espressa da una delle Parti almeno tre mesi prima della scadenza stessa.

In occasione del rinnovo contrattuale la Società si riserva di rideterminare i premi, di cui al successivo Art. 14, in funzione dell'evoluzione dell'esperienza statistica e a darne comunicazione alla Contraente almeno quattro mesi prima della scadenza.

Resta inteso che eventuali modifiche stabilite dalle Autorità di controllo alle presenti condizioni troveranno automatica applicazione fin dal primo rinnovo contrattuale successivo alla data delle modifiche.

**Art. 15 - Documenti prodotti dalla Società**

La Società rilascerà alla Contraente - in occasione di ciascun versamento - una quietanza relativa ai premi complessivamente dovuti accompagnata da un'Appendice-distinta, facente parte integrante del presente contratto, nella quale saranno elencati gli assicurati, le relative rendite assicurate ed i premi.

Eventuali rilievi sui dati evidenziati nell'Appendice-distinta dovranno essere comunicati alla Società entro trenta giorni dalla data di ricevimento. In mancanza di rilievi, l'Appendice-distinta s'intenderà controllata e ritenuta esatta.

PARTE III – CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE E GESTIONE SPECIALE**Art. 16 - Clausola di rivalutazione**

Questo contratto dal momento dell'erogazione della rendita fa parte di una speciale categoria di assicurazioni sulla vita a cui la Società riconosce una rivalutazione annua delle prestazioni. A tal fine la Società ha costituito e gestisce la Gestione Speciale "GESAV" in cui confluiscono le relative disponibilità maturate sui contratti.

La rivalutazione annua delle prestazioni avviene in conformità alle disposizioni previste di cui alla lettera A) e a quanto previsto dal Regolamento della Gestione Speciale (Art.17).

Così come la quotazione del premio, che ha una valenza quinquennale, altresì la Gestione Speciale ed il relativo Regolamento potranno essere variati con la stessa periodicità.

A) Misura della rivalutazione

La Società dichiara mensilmente, entro la fine del mese che precede quello della ricorrenza annuale dell'inizio dell'erogazione della rendita, il rendimento annuo conseguito dalla Gestione Speciale determinato con i criteri indicati al punto 3) del Regolamento.

La certificazione di cui al punto 2) del Regolamento viene effettuata con riferimento a ciascun esercizio costituito dai dodici mesi di riferimento.

La Società stabilisce inoltre l'aliquota di partecipazione da attribuire alle assicurazioni in vigore, aliquota che non può essere inferiore all'80%.

L'aliquota di partecipazione - denominata "aliquota di retrocessione" - del presente contratto al rendimento realizzato dalla Gestione Speciale, è stabilita nella misura dell'85%, con un rendimento minimo trattenuto dalla Società pari all'1%.

Il rendimento attribuito alla rendita in erogazione si ottiene moltiplicando l'aliquota di partecipazione per il rendimento annuo conseguito dalla Gestione Speciale (tenuto conto del minimo trattenuto) nell'esercizio costituito dai dodici mesi precedenti il secondo mese anteriore a quello della ricorrenza annuale della rendita in erogazione.

La misura annua di rivalutazione si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico adottato (2,5%) la differenza fra il rendimento attribuito alla rendita in erogazione e il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo del premio.

B) Rivalutazione della prestazione assicurata in erogazione

**Art. 17 - Regolamento della Gestione Speciale "GESAV"**

1. Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, che viene contraddistinta con il nome "Gestione Speciali Assicurati Vita" ed indicata nel seguito con la sigla GESAV.
Il valore delle attività gestite non sarà inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per le assicurazioni che prevedono una clausola di rivalutazione legata al rendimento GESAV.
La gestione della GESAV è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo con la Circolare n° 71 del 26.3.87 e si atterrà a eventuali successive disposizioni.
2. La gestione della GESAV è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una società di revisione iscritta all'Albo di cui al DPR 31.3.75 n. 136, la quale attesta la rispondenza della GESAV al presente regolamento.
In particolare sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite alla GESAV, il rendimento annuo della GESAV, quale descritto al seguente al punto 3) e l'adeguatezza di ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Società, sulla base delle riserve matematiche.
3. Il rendimento annuo della GESAV per l'esercizio relativo alla certificazione si ottiene rapportando il risultato finanziario della GESAV di competenza di quell'esercizio al valore medio della GESAV stessa.
Per risultato finanziario della GESAV di devono intendere i proventi finanziari di competenza dell'esercizio - compresi gli utili e le perdite di realizzo per la quota di competenza della GESAV - al lordo delle ritenute di acconto fiscali ed al netto delle spese specifiche degli investimenti.
Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nella GESAV e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nella GESAV per i beni già di proprietà della Società.
Per valore medio della GESAV si intende la somma della giacenza media annua dei depositi in numerario presso gli Istituti di Credito, della consistenza media annua degli investimenti in titoli e della consistenza media annua di ogni altra attività della GESAV.
La consistenza media annua dei titoli e delle altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione nella GESAV. Ai fini della determinazione del rendimento annuo della GESAV, l'esercizio relativo alla certificazione decorre dal 1 novembre dell'anno precedente fino al 31 ottobre dell'anno di certificazione.
4. La Società si riserva di apportare al punto 3), di cui sopra, quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito di cambiamenti nell'attuale legislazione fiscale.

Art. 18 - Valuta contrattuale - Pagamenti dovuti dalla Contraente e dalla Società

Tutti i pagamenti dovuti dalla Contraente e dalla Società sono corrisposti:

- in euro o in lire italiane, a scelta della Contraente, fino all'entrata in vigore dell'euro quale unica valuta avente corso legale;
- in euro, dalla sua entrata in vigore quale unica valuta avente corso legale.



PARTE IV - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Art. 19- Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti conseguenti alla perdita di autosufficienza, deve essere presentata alla Società richiesta scritta su apposito modulo fornito dalla stessa, accompagnata dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento (Art. 9) e ad individuare gli aventi diritto che dovranno presentare anche la fotocopia di un documento di identità valido ed il relativo codice fiscale.

La corresponsione della rendita, che decorre a partire dalla data di denuncia della perdita di autosufficienza, inizia, nella rateazione prevista (Art.1), entro trenta giorni dal riconoscimento della perdita di autosufficienza. Il Beneficiario o suo legale rappresentante ritira la rata di rendita e ne dà quietanza, presentando ad ogni ricorrenza annuale un certificato di esistenza in vita dell'Assicurato.

Per casi particolari la Società può richiedere agli interessati ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

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

Ogni pagamento viene effettuato presso la Direzione Generale della Società di Mogliano Veneto (TV) o presso la sua rappresentanza cui è assegnata il contratto.

Art. 20 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi al contratto sono a carico della Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

Art. 21 - Foro competente

Per le controversie relative al contratto è competente l'Autorità Giudiziaria che ha giurisdizione sulla sede, residenza o domicilio elettivo della Contraente, o dei Beneficiari o dei loro aventi diritto.

**Tabella A : Attribuzione del punteggio nella fase di accertamento della perdita di autosufficienza**

Farsi il bagno		
1° grado	l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	Punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	Punteggio 10
Vestirsi e svestirsi		
1° grado	l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	punteggio 10
Igiene del corpo		
1° grado	l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati da (1), (2) e (3): (1) andare al bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	punteggio 10
Mobilità		
1° grado	l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza da parte di terzi	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi	punteggio 10
Continenza		
1° grado	l'Assicurato è completamente continente	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	punteggio 5
3° grado	l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o colostomia	punteggio 10



Bere e mangiare		
1° grado	l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: - sminuzzare/tagliare il cibo - sbucciare la frutta - aprire un contenitore/una scatola - versare bevande nel bicchiere	Punteggio 5
3° grado	l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	Punteggio 10