

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Assicurazione Temporanea Caso Morte

Assicurazione Vita Genertel Partner



IL CONTRATTO È REALIZZATO SECONDO LE LINEE GUIDA
DEL TAVOLO TECNICO "CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI"
COORDINATO DALL'ANIA, AGGIORNATE IN BASE ALLE "LINEE
GUIDA PER CONTRATTI CHIARI E COMPRESIBILI 2024".

**Data aggiornamento
01/10/2026**





Indice

Presentazione del prodotto	3
Definizioni	5
Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?	7
Art. 1 - Oggetto del contratto	7
Assicurazione principale	7
Art. 2 - Prestazione	7
Coperture complementari (facoltative)	7
Art. 3 - Coperture complementari e norme comuni	7
Art. 4 - Extra Capitale per Decesso da Infortunio / Extra Capitale per Decesso da Incidente stradale	7
Art. 5 - Invalidità Totale Permanente	8
Art. 6 - Malattie Gravi	11
Art. 7 - Infortunio e Invalidità	13
Opzioni contrattuali	16
Art. 8 - Instant Benefit	16
Art. 9 - Care Program	16
Che cosa non è assicurato?	18
Art. 10 - Persone non assicurabili	18
Ci sono limiti di copertura?	18
Art. 11 - Esclusioni e limitazioni	18
Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	22
Art. 12 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	22
Art. 13 - Richieste di pagamento a Genertel	23
Quando e come devo pagare?	24
Art. 14 - Piano di versamento dei Premi	24
Art. 15 - Mezzi di versamento del Premio	25
Art. 16 - Interruzione del piano di versamento dei Premi: risoluzione del contratto	25
Art. 17 - Ripresa del piano di versamento dei Premi: riattivazione del contratto	25
Quando comincia la copertura e quando finisce?	26
Art. 18 - Durata	26
Art. 19 - Conclusione ed entrata in vigore dell'assicurazione	26
Come posso recedere dal contratto?	26
Art. 20 - Recesso	26
Quali costi devo sostenere?	27
Art. 21 - Costi	27
Sono previsti riscatti e riduzioni? ☐ Sì ☒ No	27
Art. 22 - Riscatto e riduzione	27
Altre disposizioni applicabili al contratto	27
Art. 23 - Beneficiario	27
Art. 24 - Cessione, pegno e vincolo	28
Art. 25 - Non pignorabilità e non sequestrabilità	28
Art. 26 - Foro competente	28
Art. 27 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali	28
Art. 28 - Rinvio alle norme di legge	28
Allegato 1	29
Allegato 2	31
Allegato 3	34



Presentazione del prodotto

Assicurazione Vita Genertel Partner è una soluzione assicurativa di protezione che ha le seguenti caratteristiche:

- una copertura assicurativa per il **caso di decesso per ogni causa** (assicurazione principale), che prevede il pagamento di un capitale ai *Beneficiari* in caso di decesso dell'*Assicurato* **entro la scadenza** del contratto
- una **durata del contratto scelta** dal *Contraente* tra le durate previste
- il versamento di **Premi annui** (anche frazionabili) **di importo costante**
- **tariffe di Premio** differenziate in base allo stato di "*Fumatore*" o "*Non fumatore*" dell'*Assicurato*
- la possibilità per il *Contraente* di scegliere le seguenti **coperture complementari facoltative**, di durata definita pari o inferiore a quella del contratto:

Copertura	Prestazione assicurativa
Decesso da Infortunio	In caso di decesso dell' <i>Assicurato</i> , Genertel paga ai <i>Beneficiari</i> : - un capitale integrativo se il decesso è causato da Infortunio - un ulteriore capitale integrativo se il decesso a seguito dell'<i>Infortunio</i> è causato da incidente stradale
Invalidità Totale Permanente	Genertel paga un capitale all' <i>Assicurato</i> in caso di Invalidità Totale Permanente da qualsiasi causa
Malattie Gravi	Genertel paga un capitale all' <i>Assicurato</i> in caso di insorgenza di una Malattia Grave
Infortunio e Invalidità	Genertel paga all' <i>Assicurato</i> : - un capitale in caso di Infortunio che comporti fratture, ustioni o lussazioni, e - un capitale in caso di invalidità permanente da Infortunio

Avvertenze

Per facilitare la lettura delle Condizioni di assicurazione, sono utilizzati i seguenti strumenti grafici:

- **carattere grassetto**: per dare maggior risalto ai concetti principali e al testo che bisogna leggere con maggiore attenzione;
- Testo in *Corsivo con Lettera Iniziale Maiuscola*: per indicare che la parola è presente e ha il significato descritto nelle definizioni;
- (→ art. XX): per rinviare da un articolo delle Condizioni, dove un concetto è nominato, a un altro articolo, dove lo stesso concetto è spiegato più ampiamente; questa evidenza grafica è data solo la prima volta che il concetto è nominato nel testo di ciascun articolo;
- box con esempi:

Esempio

Per aiutare a comprendere, con un esempio pratico, il contenuto o il funzionamento della prestazione o alcuni passaggi più complessi.

Area Riservata e contatti utili

Il *Contraente* può registrarsi e accedere gratuitamente all'Area Riservata dal sito internet www.genertel.it o dall'app Genertel. Tramite l'Area Riservata è possibile, ad esempio:

- verificare i contratti attivi;
- consultare le prestazioni assicurate;
- visualizzare e scaricare la documentazione contrattuale;
- consultare lo stato di versamento dei Premi e relative scadenze;
- consultare e aggiornare i dati personali e i consensi privacy.



Per qualsiasi chiarimento sul prodotto o ulteriore informazione è possibile contattare Genertel.
Di seguito sono indicati i contatti di Genertel:

Genertel S.p.A.

Sede Legale: Via Machiavelli n. 4, 34132 Trieste
Unità Locale: Via Marocchesa, 14 – 31021 Mogliano Veneto (TV)
Sito internet: www.genertel.it
Email: hd.brokervita@genertel.it
Pec: genertel@pec.genertel.it

Nel testo delle Condizioni, Genertel S.p.A. è indicata come Genertel.



Definizioni

I termini di seguito indicati hanno il significato qui precisato e sono sempre riportati nel testo delle Condizioni in corsivo e con lettera iniziale maiuscola.

› **Appendice**

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso insieme alla *Polizza* o in seguito.

› **Assicurato**

Persona fisica sulla cui vita è stipulata l'assicurazione: i suoi dati anagrafici e gli eventi che si verificano durante la sua vita determinano il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

› **Beneficiario**

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

› **Contraente**

Persona fisica che stipula il contratto di assicurazione e si impegna a versare i relativi *Premi*.

› **Costi**

Oneri a carico del *Contraente* che gravano sui *Premi* versati.

› **Data di decorrenza**

Data indicata in *Polizza* come data di inizio per il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

› **Diritto di recesso**

Diritto del *Contraente* di far cessare gli effetti del contratto.

› **Donatore di sangue**

Si intende chi ha effettuato almeno una donazione di sangue intero, plasma o piastrine nei 6 mesi precedenti la data della *Proposta di assicurazione*. L'avvenuta donazione deve essere certificata dalla struttura sanitaria o associazione riconosciuta.

› **Fumatore**

Si intende chi ha fumato sigarette, sigari, pipa o sigarette elettroniche, anche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione del *Questionario Sanitario* e chi ha smesso di fumare su consiglio medico a fronte di una patologia preesistente.

› **Intermediario**

Il soggetto, diverso da un dipendente della Compagnia, iscritto nel Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI) che svolge l'attività di distribuzione dei contratti di assicurazione, fornendo assistenza e consulenza al *Contraente* nelle fasi precontrattuale e contrattuale, in conformità alla normativa vigente. Per questo contratto l'*Intermediario* è specificamente indicato nella *Proposta di assicurazione*.

› **IMC o BMI**

Indice di Massa Corporea, in inglese Body Mass Index, è il valore che si ottiene dividendo il peso corporeo (in chilogrammi) per la statura (in metri) elevata al quadrato. Tanto più l'indice è alto, tanto più la persona tende al sovrappeso con aumento dei rischi per la salute.

› **IVASS**

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.



› **Network Strutture Mediche Convenzionate o Network**

L'insieme delle strutture sanitarie convenzionate (istituti di cura, ambulatori medici) a cui il *Contraente* può rivolgersi per il servizio MyClinic.

› **Polizza**

Documento che prova il contratto di assicurazione.

› **Premio**

Importo che il *Contraente* versa a Genertel.

› **Proposta di assicurazione**

Modulo firmato dal *Contraente* con il quale egli manifesta a Genertel la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni in esso indicate.

› **Questionario Finanziario**

Modulo costituito da domande sulla situazione patrimoniale e reddituale dell'*Assicurato* con la finalità di valutare se la copertura richiesta è coerente con la sua situazione finanziaria.

› **Questionario Sanitario**

Sezione della *Proposta di assicurazione* contenente domande sullo stato di salute dell'*Assicurato*, che Genertel utilizza per valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

› **Ricorrenza annuale del contratto**

Anniversario della *Data di decorrenza*.

› **Welion**

GENERALI WELION S.C.A.R.L. con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132, capitale sociale Euro 10.000,00, interamente versato, iscritta al registro delle imprese di Venezia Giulia con partita IVA di Gruppo n. 01333550323, appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A., che in virtù di specifica convenzione, provvede, per conto e con costi a carico di Genertel, al contatto con il beneficiario del servizio per l'organizzazione ed erogazione, con le modalità ed entro i diversi limiti previsti nel contratto, dei servizi di prevenzione e consulenza di strutture mediche convenzionate.



» CHE COSA È
ASSICURATO /
QUALI SONO LE
PRESTAZIONI?

Art. 1 - Oggetto del contratto

Il *Contraente* versa a Genertel una successione di Premi annui e Genertel paga al *Beneficiario* una prestazione in euro in caso di decesso dell'*Assicurato* entro la scadenza del contratto. L'importo del *Premio* annuo e il capitale assicurato sono costanti.

Il *Contraente* può integrare tale copertura con una o più coperture facoltative, che prevedono prestazioni complementari (→ Art. 3).

Il *Contraente* può inoltre esercitare delle opzioni contrattuali che prevedono ulteriori vantaggi e servizi.

Assicurazione principale

Art. 2 - Prestazione

Il capitale assicurabile massimo è pari a Euro 2.000.000,00, è indicato in *Polizza* e rimane costante per l'intera durata del contratto.

Se alla scadenza dell'assicurazione l'*Assicurato* è in vita, il contratto si risolve e i *Premi* versati restano acquisiti da Genertel a fronte dell'assicurazione prestata.

Coperture complementari (facoltative)

Art. 3 - Coperture complementari e norme comuni

Il *Contraente* può integrare l'assicurazione principale con le seguenti coperture complementari:

- **Extra Capitale per Decesso da Infortunio / Extra Capitale per Decesso da Incidente stradale** (→ art. 4)
- **Invalità Totale Permanente** (→ art. 5)
- **Malattie Gravi** (→ art. 6)
- **Infortunio e Invalità** (→ art. 7)

Tutte le coperture complementari prevedono un *Premio* annuo, da versare insieme al *Premio* dell'assicurazione principale. Tali coperture operano solo se espressamente indicate in *Polizza* e se il *Contraente* è in regola con il versamento dei Premi.

Art. 4 - Extra Capitale per Decesso da Infortunio / Extra Capitale per Decesso da Incidente stradale Prestazione

La copertura complementare Extra Capitale per Decesso da *Infortunio* / Extra Capitale per Decesso da Incidente stradale opera in caso di decesso a seguito di **infortunio**. Per **infortunio** si intende un evento, dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna (indipendente dalla volontà dell'*Assicurato*), il quale produce lesioni corporali oggettivamente constatabili che hanno come conseguenza il decesso. Ai fini della presente copertura complementare, ictus e infarto non rientrano nel concetto di **infortunio**.

Se l'*Assicurato* decede entro la scadenza della copertura complementare in conseguenza di:

- **infortunio**, Genertel paga al *Beneficiario* un capitale integrativo pari al capitale assicurato della copertura principale (quindi la prestazione complessiva è pari al doppio del capitale assicurato principale). Questo capitale aggiuntivo in ogni caso non può superare il limite di Euro 500.000,00;
- **infortunio per incidente stradale**, Genertel paga al *Beneficiario* un ulteriore capitale integrativo pari al doppio del capitale assicurato principale (quindi la prestazione complessiva è pari al triplo del capitale assicurato principale). Questo capitale aggiuntivo in ogni caso non può superare il limite di Euro 1.000.000,00.



Il capitale della copertura complementare rimane costante per tutta la durata dell'assicurazione.

Esempio

Se il capitale assicurato principale indicato in *Polizza* è pari a Euro 200.000,00 ed è stata attivata la copertura complementare Extra Capitale per decesso da infortunio o da incidente stradale:

- se la morte dell'*Assicurato* avviene per infortunio, il capitale complessivo pagato da Genertel è pari a Euro 400.000,00 (Euro 200.000,00 capitale assicurato principale + Euro 200.000,00 capitale aggiuntivo);
- se la morte dell'*Assicurato* avviene per incidente stradale, il capitale complessivo pagato da Genertel è pari a Euro 600.000,00 (Euro 200.000,00 capitale assicurato principale + Euro 400.000,00 capitale aggiuntivo).

Estinzione della copertura

La copertura complementare si risolve, non produce effetto e i relativi *Premi* versati sono acquisiti da Genertel:

- in caso di sospensione del versamento del *Premio* relativo all'assicurazione principale;
- alla scadenza prestabilita della copertura complementare, che coincide con la *Ricorrenza annuale del contratto* successiva al raggiungimento dei 70 anni e 6 mesi dell'*Assicurato*.

Art. 5 - Invalidità Totale Permanente

Prestazione

La copertura complementare opera in caso di **Invalidità Totale Permanente** dell'*Assicurato*. Si considera invalido l'*Assicurato* che ha ridotto in modo permanente la propria **capacità di lavoro**, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, a **meno di un terzo** del normale, a causa di infermità o difetto fisico o mentale dovuti a sopravvenuta malattia organica o lesione fisica stabilizzate, comunque indipendenti dalla sua volontà e oggettivamente accertabili. La malattia si considera stabilizzata quando, conclusi gli eventuali trattamenti terapeutici previsti, non risulta più soggetta a peggioramenti o miglioramenti.

Questa definizione si riferisce a quella di invalidità prevista ai fini del conseguimento del diritto all'assegno ordinario di invalidità da parte dell'ente previdenziale di appartenenza (e non a quella prevista per l'invalidità civile).

In caso di Invalidità Totale Permanente dell'*Assicurato*, Genertel paga all'*Assicurato* stesso un **anticipo** del capitale dell'assicurazione principale, fino a un massimo di Euro 500.000,00.

Se il capitale dell'assicurazione principale è minore o uguale a Euro 500.000,00 e l'*Assicurato* è colpito da Invalidità Totale Permanente, il contratto si estingue con il pagamento previsto per la copertura complementare.

Se il capitale dell'assicurazione principale è superiore a Euro 500.000,00 e l'*Assicurato* è colpito da Invalidità Totale Permanente, il contratto rimane in vigore con riduzione del capitale dell'assicurazione principale e conseguente ricalcolo del relativo *Premio*. In questo caso le altre coperture complementari eventualmente sottoscritte rimangono in vigore. Il *Premio* e il capitale assicurato della copertura Extra Capitale vengono ricalcolati.

Estinzione della copertura

La copertura complementare si risolve, non produce effetto e i relativi *Premi* versati restano acquisiti da Genertel:

- in caso di **sospensione del versamento** del *Premio* relativo all'assicurazione principale;
- alla **scadenza** prestabilita della copertura complementare che coincide con la *Ricorrenza annuale del contratto* successiva al raggiungimento dei 65 anni e 6 mesi dell'*Assicurato*.



Il **pagamento della prestazione** è subordinato alla **persistenza** dell'Invalidità Totale Permanente e pertanto è **frazionato** come segue:

- 20% della prestazione complementare Invalidità Totale Permanente al termine del periodo di accertamento dell'invalidità;
- 80% della prestazione complementare Invalidità Totale Permanente dopo ulteriori 12 mesi, se perdura lo stato di invalidità.

Effetti sul contratto nel corso del periodo di pagamento della prestazione complementare

Se il capitale dell'assicurazione principale è **minore o uguale a Euro 500.000,00**:

- **dopo il pagamento del 20%** della prestazione complementare, Genertel interrompe il prelievo dei *Premi* dell'assicurazione principale e delle eventuali coperture complementari;
- le **coperture complementari** eventualmente attive, ad eccezione della copertura complementare Infortunio e Invalidità (→ art. 7), **si estinguono** con effetto dalla data di denuncia dell'Invalidità Totale Permanente e non sono ripristinabili;
- se è attiva un'altra copertura complementare e il relativo sinistro avviene tra la data di denuncia dell'Invalidità Totale Permanente e la data di riconoscimento della stessa, Genertel paga il capitale dell'altra copertura complementare solo se l'Invalidità Totale Permanente non è riconosciuta;
- se l'invalidità permanente è causata da **infortunio**, i capitali pagati da Genertel per la copertura Invalidità Totale Permanente e per la copertura complementare Infortunio e Invalidità si cumulano tra loro;
- se lo stato di Invalidità Totale Permanente **perdura** dopo ulteriori 12 mesi, Genertel **paga** all'Assicurato il **residuo 80%** della prestazione complementare e il contratto si risolve.
- se lo stato di Invalidità Totale Permanente **non perdura** dopo ulteriori 12 mesi, Genertel **non paga** il residuo 80% della prestazione complementare e lo comunica per iscritto al *Contraente*. Entro 30 giorni da quando riceve la comunicazione, il *Contraente* può chiedere di ripristinare solo l'assicurazione principale per il capitale residuo, versando tutte le relative rate di *Premio* non versate, senza interessi. Le rate di *Premio* non versate e i *Premi* successivi sono riproporzionati in funzione del nuovo capitale assicurato. Dopo tale termine, in assenza di richiesta di **ripristino** da parte del *Contraente*, il contratto si **risolve definitivamente** e non è più ripristinabile. Genertel può richiedere documentazione medica per valutare l'assunzione del rischio ed eventualmente decidere di non concedere il ripristino per la prestazione principale residua o di concederlo con un sovrappremio.

Se il capitale dell'assicurazione principale è **superiore a Euro 500.000,00**:

- **dopo il pagamento del 20%** della prestazione complementare, il contratto rimane in vigore per la parte di prestazione principale eccedente l'importo di Euro 500.000,00 e per le eventuali coperture complementari;
- Genertel ricalcola i *Premi* dell'assicurazione principale e dell'eventuale copertura complementare Extra capitale (→ art. 4);
- i *Premi* delle altre coperture complementari eventualmente attive continuano ad essere versati, senza ricalcolo;
- se lo stato di Invalidità Totale Permanente **perdura** dopo ulteriori 12 mesi, Genertel **paga** all'Assicurato il **residuo 80%** della prestazione complementare e il contratto rimane in vigore per le prestazioni residue.
- se lo stato di Invalidità Totale Permanente **non perdura** dopo ulteriori 12 mesi, Genertel **non paga** il residuo 80% della prestazione complementare e lo comunica per iscritto al *Contraente*. Entro 30 giorni da quando riceve la comunicazione, il *Contraente* può chiedere di reintegrare nell'assicurazione principale l'importo corrispondente al residuo 80% della prestazione complementare Invalidità Totale Permanente non pagato, versando la differenza tra l'importo delle relative rate di *Premio* già versate, frutto del ricalcolo, e l'importo delle rate stesse determinato annullando il ricalcolo, senza interessi. Dopo tale termine, in assenza di richiesta di **reintegro** da parte del *Contraente*, l'assicurazione principale rimane in vigore solo per la parte di prestazione principale eccedente l'importo di Euro 500.000,00. Genertel può richiedere documentazione medica per valutare l'assunzione del rischio ed eventualmente decidere di non concedere il reintegro dell'importo dell'assicurazione principale o di concederlo con un sovrappremio.



Se si verifica il decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di pagamento del capitale assicurato, Genertel paga ai Beneficiari la **differenza** tra il capitale già corrisposto e il capitale dell'assicurazione principale, a cui si aggiunge il capitale dell'eventuale copertura complementare Extra Decesso.

Esempio

Capitale dell'assicurazione principale: Euro 200.000,00

Pagamento del 20% all'Assicurato per l'Invalidità Totale Permanente: Euro 40.000,00 (= 20% x Euro 200.000,00)

Decesso dell'Assicurato: precedente al pagamento del residuo 80%

Pagamento ai Beneficiari per il decesso: Euro 160.000,00 (= Euro 200.000,00 - Euro 40.000,00)

Denuncia, accertamento e riconoscimento dell'Invalidità Totale Permanente

L'Assicurato o un suo rappresentante deve **denunciare** per iscritto¹ a Genertel l'Invalidità Totale Permanente, entro 180 giorni dalla data di scadenza della copertura complementare, allegando (in originale o in copia conforme all'originale):

- relazione del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che ha prodotto l'invalidità e che attesta lo stato di salute dell'Assicurato al momento dell'insorgenza o della diagnosi dell'invalidità stessa;
- documentazione dell'ente previdenziale di appartenenza attestante l'accertamento del diritto all'assegno ordinario di invalidità o alla pensione di inabilità previdenziali;
- in mancanza della documentazione dell'ente previdenziale:
 - a) dichiarazione da cui risulti il motivo della non iscrizione ad alcun ente previdenziale
 - b) oppure comunicazione dell'ente previdenziale di appartenenza che rigetta la domanda di assegno ordinario di invalidità o di pensione di inabilità per mancanza dei requisiti contributivi, ma riconosce l'esistenza dei requisiti medico-legali.

Nei casi di cui alle lettere a) e b) o in presenza di elementi oggettivi, Genertel si riserva di procedere alla valutazione diretta dello stato di invalidità o inabilità anche tramite medici di sua fiducia.

Genertel accerta e riconosce o meno l'Invalidità Totale Permanente entro 6 mesi (**periodo di accertamento**) dalla data in cui riceve la documentazione completa (data di denuncia) e ne dà comunicazione per iscritto all'Assicurato entro il medesimo termine.

Genertel può richiedere all'Assicurato ulteriori informazioni e documentazione medica se il caso specifico presenta particolari esigenze di verifica.

Se Genertel riconosce l'Invalidità Totale Permanente, paga all'Assicurato il 20% della prestazione complementare. Genertel verifica il **perdurare** dello stato di invalidità dopo ulteriori 12 mesi, al fine di completare il pagamento della prestazione complementare con l'80% residuo.

La presentazione della denuncia non determina automaticamente la sospensione del versamento dei Premi dell'assicurazione principale e delle coperture complementari da parte del Contraente. Se Genertel riconosce l'Invalidità Totale Permanente, **rimborsa** al Contraente i Premi versati tra la data di diagnosi dell'Invalidità Totale Permanente e quella di riconoscimento della stessa relativi alle coperture che si estinguono.

Se l'Invalidità Totale Permanente si verifica durante il **periodo di carenza** (→ art. 11), l'Assicurato deve comunicarlo a Genertel. In tal caso la copertura complementare Invalidità Totale Permanente si estingue e il relativo Premio non è più dovuto. Genertel restituisce al Contraente il Premio già versato per la copertura complementare, al netto dei Costi (→ art. 21).

¹ È possibile utilizzare un modulo messo a disposizione da Genertel.



Arbitrato in caso di controversie

In caso di controversie di natura medica sullo stato di Invalidità Totale Permanente, ciascuna delle parti (Genertel e l'Assicurato o un suo legale rappresentante) può demandare per iscritto la decisione, a norma e nei limiti delle Condizioni di assicurazione, a un confronto tra un medico fiduciario di Genertel e un medico nominato dall'Assicurato. L'accordo è vincolante per le parti. In caso di disaccordo sui punti controversi, i due medici possono nominarne un terzo con il consenso delle parti. Se i due medici non si accordano sulla nomina del terzo, tale nomina, anche su istanza di una sola delle parti, è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e le competenze del medico da essa nominato. Inoltre, contribuisce per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico (composto dai 3 medici) sono prese a maggioranza dei voti, con esonero da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti. Le parti 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, che deve essere redatto in doppio originale, uno per ciascuna 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.

Art. 6 - Malattie Gravi

Prestazione

In caso di Malattia Grave dell'Assicurato che rientra tra quelle previste dalla copertura complementare, Genertel paga all'Assicurato stesso un capitale pari a Euro 25.000,00, a sostegno delle spese da sostenere per ricoveri, interventi chirurgici, visite specialistiche ed esami diagnostici.

Tale copertura complementare **non è cumulabile** con altri contratti stipulati con Genertel che assicurano la medesima persona contro lo stesso rischio.

Si considerano **Malattie Gravi** le seguenti patologie a condizione che, a seguito delle stesse, si sia instaurato uno stato di **invalidità permanente di grado superiore o uguale al 5%**.

Cancro

Presenza di tumore maligno, caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale, con necessità di intervento chirurgico o radioterapia o chemioterapia.

La diagnosi di cancro deve essere supportata dall'esame istologico o da accertamento diagnostico certo. Per la descrizione istologica si fa riferimento all'ultima versione dell'American Joint Committee of Cancer Manual (AJCC).

Ictus

Esordio acuto di deficit neurologico focale dovuto ad un accidente cerebrovascolare che includa un infarto del tessuto cerebrale, un'emorragia da un vaso intracranico o un'embolizzazione da una sorgente extracranica e che sia associato a tutti i seguenti esiti:

1. durata dei sintomi o dei segni superiore a 24 ore;
2. perdita permanente della funzione motoria e sensitiva, o perdita della parola;
3. danno neurologico permanente.

Uno specialista neurologo deve confermare l'evidenza del danno neurologico permanente dopo un periodo di almeno 180 giorni dalla data dell'evento. I danni neurologici devono essere confermati da tecniche di imaging come la TAC o la RMN.



Infarto

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante da un insufficiente apporto di sangue alla regione interessata. Gli accertamenti diagnostici devono certificare almeno 3 dei seguenti 4 fattori:

1. storia di dolore toracico tipico;
2. comparsa di nuove alterazioni elettrocardiografiche (ECG) diagnostiche per necrosi miocardica;
3. aumento diagnostico degli enzimi cardiaci o delle troponine maggiore o uguale ai seguenti livelli:
 - TroponinaT maggiore di 1,0 ng/ml,
 - Accu Tnl maggiore di 0,5 ng/ml o soglie equivalenti ottenute con altri metodi;
4. presenza di disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione minore del 50%) valutata a distanza di almeno 3 mesi dall'evento.

La diagnosi deve essere certificata da uno specialista cardiologo e supportata da adeguata documentazione.

Per le **esclusioni** relative alle singole malattie si veda l'art. 11.

Estinzione della copertura

La copertura complementare si risolve, non produce effetto e i relativi Premi versati restano acquisiti da Genertel:

- in caso di **sospensione del versamento** del *Premio* relativo all'assicurazione principale;
- alla **scadenza** prestabilita della copertura complementare, che coincide con la *Ricorrenza annuale del contratto* successiva al raggiungimento dei 65 anni e 6 mesi dell'*Assicurato*.

Denuncia, accertamento e riconoscimento della Malattia Grave

L'*Assicurato* o un suo rappresentante deve **denunciare** per iscritto² a Genertel la Malattia Grave, entro 90 giorni dalla data di diagnosi della stessa, allegando:

- relazione del medico specialista che ha eseguito la diagnosi;
- eventuale lettera di dimissioni in caso di ricovero o intervento;
- relazione del medico curante che attesta lo stato di salute dell'*Assicurato* al momento dell'insorgenza o della diagnosi della Malattia Grave.

Genertel può richiedere all'*Assicurato* ulteriori informazioni e documentazione medica se il caso specifico presenta particolari esigenze di verifica.

L'accertamento dell'ictus non può avvenire prima di 180 giorni dalla data dell'evento.

L'insorgenza della Malattia Grave e la presentazione della denuncia non determinano automaticamente la sospensione del versamento del *Premio* della copertura complementare da parte del *Contraente*. Se Genertel riconosce la Malattia Grave, **rimborsa** al *Contraente* il *Premio* versato tra la data di diagnosi e quella di riconoscimento della Malattia Grave.

A seguito del **riconoscimento** della Malattia Grave, Genertel paga all'*Assicurato* il capitale relativo alla copertura complementare. Con il pagamento, la copertura complementare si estingue e il relativo *Premio* non è più dovuto. Pertanto, la copertura non opera per un eventuale successivo evento. Il contratto resta in vigore per le altre coperture previste.

Si precisa che Genertel accetta la denuncia a condizione che l'*Assicurato* sia in vita al momento della presentazione della denuncia stessa. Pertanto se si verifica il decesso dell'*Assicurato* dovuto a una delle Malattie Gravi previste dal contratto, Genertel paga ai Beneficiari il capitale relativo all'assicurazione principale.

² È possibile utilizzare un modulo messo a disposizione da Genertel.



Se il decesso avviene per causa diversa da una Malattia Grave denunciata e non ancora accertata, Genertel paga ai Beneficiari la prestazione prevista dall'assicurazione principale.

Se una Malattia Grave prevista dalla copertura complementare si verifica durante il **periodo di carenza** (→ art. 11), l'Assicurato deve comunicarlo a Genertel. In tal caso, la copertura Malattie Gravi si estingue e il relativo *Premio* non è più dovuto. Genertel restituisce al Contraente il *Premio* già versato per la copertura complementare, al netto dei *Costi* (→ art. 21) e delle imposte.

Arbitrato in caso di controversie

In caso di controversie di natura medica sulla Malattia Grave, ciascuna delle parti (Genertel e l'Assicurato o un suo legale rappresentante) può demandare per iscritto la decisione, a norma e nei limiti delle Condizioni di assicurazione, a un confronto tra un medico fiduciario di Genertel e un medico nominato dall'Assicurato. L'accordo è vincolante per le parti. In caso di disaccordo sui punti controversi, i due medici possono nominarne un terzo con il consenso delle parti. Se i due medici non si accordano sulla nomina del terzo, tale nomina, anche su istanza di una sola delle parti, è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e le competenze del medico da essa nominato. Inoltre, contribuisce per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico (composto dai 3 medici) sono prese a maggioranza dei voti, con esonero da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti. Le parti 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, che deve essere redatto in doppio originale, uno per ciascuna 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.

Art. 7 - Infortunio e Invalidità

Prestazioni

In caso di **infortunio** dell'Assicurato

- che ha avuto come conseguenza una **frattura o lussazione o ustione** tra quelle individuate nella Tabella delle lesioni di cui all'Allegato 1, Genertel paga all'Assicurato stesso un importo stabilito, per ogni tipologia di lesione, fino a Euro 5.000,00,
- che ha avuto come conseguenza il riconoscimento di un'**invalidità permanente superiore o uguale a 25%**, Genertel paga all'Assicurato stesso un capitale pari a Euro 30.000,00.

Per infortunio si intende un evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna (indipendente dalla volontà dell'Assicurato), il quale produce lesioni corporali oggettivamente constatabili. Ai fini della presente copertura complementare, ictus e infarto non rientrano nel concetto di infortunio.

Questa copertura complementare **non è cumulabile** con altri contratti stipulati con Genertel che assicurano contro lo stesso rischio, anche se è stato versato il *Premio*.

In caso di più lesioni conseguenti a uno stesso infortunio, Genertel paga un capitale comunque non superiore a Euro 5.000,00.

I capitali assicurati per infortunio con frattura o lussazione o ustione e per infortunio con invalidità superiore o uguale a 25% non sono cumulabili tra loro per uno stesso infortunio.

**Esempio di infortunio con più di una lesione**

Se un singolo infortunio ha provocato 2 lesioni:

1) Frattura Multipla del Femore (Euro 3.000,00)

2) Frattura Multipla di Tibia e Perone (Euro 2.500,00)

La somma delle prestazioni è pari a Euro 5.500,00, pertanto Genertel paga all'Assicurato un importo totale di Euro 5.000,00.

Estinzione della copertura

La copertura complementare si risolve, **non produce effetto** e i relativi Premi versati restano acquisiti da Genertel:

- in caso di **sospensione del versamento** del *Premio* relativo all'assicurazione principale;
- alla **scadenza** prestabilita della copertura complementare, che coincide con la *Ricorrenza annuale del contratto* successiva al raggiungimento dei 65 anni e 6 mesi dell'Assicurato.

Denuncia, accertamento e riconoscimento dell'Infortunio e Invalidità

L'Assicurato o un suo rappresentante deve **denunciare** per iscritto a Genertel l'infortunio, entro 30 giorni da quando l'infortunio stesso si è verificato. Nella denuncia devono essere indicati³:

- luogo, giorno e ora dell'evento;
- cause che lo hanno determinato;
- attività svolta in quel momento;

e si devono allegare:

- certificato medico che attesta la frattura, lussazione o ustione (in caso di frattura o lussazione, è necessario il referto clinico radiologico redatto da un Pronto Soccorso Pubblico o istituto di cura; in caso di ustione, il certificato medico deve riportare la quantificazione della percentuale di superficie corporea colpita);
- certificato che attesta il grado di Invalidità permanente causato dall'infortunio (nel caso di invalidità superiore o uguale al 25%).

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia dell'infortunio può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione⁴.

Genertel può richiedere all'Assicurato ulteriori informazioni e documentazione medica se il caso specifico presenta particolari esigenze di verifica e può accertare in ogni caso lo stato di invalidità con medici di sua fiducia relativamente alla prestazione Infortunio con invalidità maggiore o uguale al 25%.

Per l'**accertamento** dell'infortunio:

- le **lussazioni** devono essere certificate da un esame radiografico prima del riposizionamento dell'articolazione (c.d. riduzione), da eseguire da un medico presso un Istituto di Cura; non possono essere indennizzate lussazioni ad articolazioni che ne hanno già sofferta una in precedenza (c.d. recidive).
- le **fratture** devono essere diagnosticate entro 15 giorni dalla data dell'infortunio e certificate da un esame radiografico effettuato in un Pronto Soccorso Pubblico o Istituto di Cura.
- la quantificazione della percentuale di superficie corporea colpita da **ustioni** avviene in base a quanto indicato nella documentazione medica rilasciata dall'Istituto di Cura.

³ È possibile utilizzare un modulo messo a disposizione da Genertel.

⁴ Art.1915 del Codice Civile.



A seguito del **riconoscimento** di un infortunio:

- con frattura, lussazione o ustione, Genertel paga all'*Assicurato* il relativo capitale come da tabella dell'Allegato 1, rimane in vigore solo la copertura per infortunio con invalidità superiore o uguale al 25% e il *Contraente* continua a versare solo la quota parte di *Premio* relativa a tale copertura;
- con Invalidità maggiore o uguale a 25%, Genertel paga all'*Assicurato* il capitale di Euro 30.000,00, la copertura complementare Infortunio e Invalidità si estingue del tutto e il relativo *Premio* non è più dovuto.

In entrambi i casi il contratto resta in vigore per l'assicurazione principale e per le altre eventuali coperture complementari previste.

La presentazione della denuncia non determina automaticamente la sospensione del versamento del *Premio* della copertura complementare da parte del *Contraente*. Se Genertel riconosce l'Infortunio e/o l'Invalidità, **rimborsa** al *Contraente* il *Premio* versato tra la data dell'infortunio e quella di riconoscimento.

In particolare:

- in caso di un infortunio con frattura, lussazione o ustione, Genertel rimborsa al *Contraente* solo la quota parte di *Premio* relativa alla copertura per tali lesioni
- in caso di un infortunio con invalidità maggiore o uguale al 25%, Genertel rimborsa al *Contraente* l'intero *Premio* della copertura complementare Infortunio e Invalidità.

Si precisa che Genertel accetta la denuncia a condizione che l'*Assicurato* sia in vita al momento della presentazione della denuncia stessa.

Se si verifica il decesso dell'*Assicurato* dovuto a un infortunio, Genertel paga ai *Beneficiari* il capitale relativo all'assicurazione principale (e all'eventuale copertura Extra Capitale → art. 4)

Se il decesso avviene per causa diversa da un infortunio con invalidità denunciato e non ancora accertato, Genertel paga ai *Beneficiari* solo la prestazione prevista dall'assicurazione principale.

Se il *Contraente* sceglie oltre alla copertura Infortunio e Invalidità anche la copertura Invalidità Totale Permanente (→ art. 5), se si verifica l'invalidità totale permanente dell'*Assicurato* a seguito di infortunio i capitali pagati da Genertel per le due coperture complementari sono cumulabili tra loro.

Esempio

Coperture complementari scelte dal *Contraente*: 1) Invalidità Totale Permanente; 2) Infortunio e Invalidità

Capitale assicurato per la copertura Invalidità Totale Permanente: Euro 100.000,00

Capitale assicurato per la copertura Infortuni e Invalidità: Euro 30.000,00

Evento riconosciuto: invalidità permanente di 66 punti percentuali a seguito di infortunio

Capitale complessivo pagato da Genertel all'*Assicurato*: Euro 100.000,00 + Euro 30.000,00 = Euro 130.000,00

Esempio

Coperture complementari scelte dal *Contraente*: 1) Invalidità Totale Permanente; 2) Infortunio e Invalidità

Capitale assicurato per la copertura Invalidità Totale Permanente: Euro 100.000,00

Capitale assicurato per la copertura Infortuni e Invalidità: Euro 30.000,00

Evento riconosciuto: invalidità permanente di 66 punti percentuali a seguito di malattia

Capitale complessivo pagato da Genertel all'*Assicurato*: Euro 100.000,00



Arbitrato in caso di controversie

In caso di controversie di natura medica sull'Infortunio e Invalidità, ciascuna delle parti (Genertel e l'Assicurato o un suo legale rappresentante) può demandare per iscritto la decisione, a norma e nei limiti delle Condizioni di assicurazione, a un confronto tra un medico fiduciario di Genertel e un medico nominato dall'Assicurato. L'accordo è vincolante per le parti. In caso di disaccordo sui punti controversi, i due medici possono nominarne un terzo con il consenso delle parti. Se i due medici non si accordano sulla nomina del terzo, tale nomina, anche su istanza di una sola delle parti, è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e le competenze del medico da essa nominato. Inoltre, contribuisce per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico (composto dai 3 medici) sono prese a maggioranza dei voti, con esonero da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti. Le parti 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, che deve essere redatto in doppio originale, uno per ciascuna 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.

Opzioni contrattuali

Art. 8 - Instant Benefit

In caso di decesso dell'Assicurato, i *Beneficiari* possono chiedere l'Instant Benefit per ottenere un'anticipazione della prestazione principale pari al 10% del capitale assicurato con il massimo di Euro 10.000,00, a sostegno delle spese impreviste dovute al decesso stesso. Questa opzione è gratuita.

L'Instant Benefit può essere chiesto entro 30 giorni dalla data di decesso e solo se il *Contraente* ha indicato in fase di compilazione della *Proposta di assicurazione* o successivamente, solo *Beneficiari* persone fisiche maggiorenni, nominati in modo puntuale (nome, cognome e codice fiscale) e in numero non superiore a 5.

Genertel suddivide in parti uguali il capitale tra i *Beneficiari* indicati da anticipare e paga la rispettiva quota parte dell'anticipo solo ai *Beneficiari* che ne fanno richiesta.

La prestazione residua per il caso di decesso è pagata con i tempi e le modalità previste dall'art. 13 ed è ripartita tra i *Beneficiari* tenendo conto dell'eventuale Instant Benefit anticipato ai *Beneficiari* che ne hanno fatto richiesta.

Art. 9 - Care Program

Il *Contraente*, al momento della compilazione della *Proposta* e successivamente ogni 24 mesi, può aderire al Care Program, un programma di prevenzione che consente all'Assicurato di effettuare periodicamente un check-up gratuito all'interno delle strutture mediche convenzionate.

Il check-up consiste nella misurazione dei seguenti dati biometrici:

- BMI (o IMC = Indice di massa corporea)
- Circonferenza addominale
- Pressione sistolica
- Pressione diastolica
- Glicemia
- Colesterolo
- Trigliceridi.

A seguito dell'adesione del *Contraente* al Care Program, Genertel per il tramite di *Welion* contatta l'Assicurato per fornire informazioni e procedere alla prenotazione dei check-up presso le strutture convenzionate.



Genertel offre inoltre al *Contraente*, tramite *Welion*, un servizio di SMS e email che ricordano la possibilità di eseguire il check-up periodico e forniscono tutte le informazioni utili.

Tali comunicazioni vengono inviate:

- alla *Data di decorrenza*, in caso di adesione al Care Program in fase di compilazione della *Proposta di assicurazione*;
- e successivamente, ogni 24 mesi, 6 mesi prima della *Ricorrenza annuale del contratto*, indipendentemente dall'adesione al Care Program.

Il check up può essere effettuato:

- entro i 6 mesi successivi alla *Data di decorrenza*, in caso di adesione al Care Program alla firma della *Proposta di assicurazione*; non è possibile effettuare il check up, ma l'*Assicurato* ha comunque diritto di usufruire del servizio MyClinic, se ha già effettuato un check up nei 6 mesi precedenti la *Data di decorrenza* a seguito dell'adesione al Care Program previsto da altri contratti iLife, iLove, Assicurazione Vita Genertel o Assicurazione Vita Genertel Partner stipulati in precedenza;
- tra i 6 e 3 mesi che precedono, ogni 24 mesi, la *Ricorrenza annuale del contratto*, in caso di adesione al Care Program in corso di contratto; non è possibile effettuare il check up, ma l'*Assicurato* ha comunque diritto di usufruire del servizio MyClinic, se ha già effettuato un check up tra i 3 e i 6 mesi che precedono, ogni 24 mesi, la *Ricorrenza annuale del contratto* a seguito dell'adesione al Care Program previsto da altri contratti iLife, iLove, Assicurazione Vita Genertel o Assicurazione Vita Genertel Partner stipulati in precedenza.

Il Care Program permette inoltre all'*Assicurato* di usufruire di un servizio di assistenza sanitaria attraverso l'utilizzo dell'applicazione **MyClinic**.

MyClinic è una piattaforma tecnologica, fornita da Redion Italy Services S.p.A., che eroga i seguenti servizi digitali di assistenza medica a distanza:

- **Auto valutazione dei sintomi (Virtual check-up)**

L'*Assicurato* può in totale autonomia usufruire di un programma di auto valutazione che lo aiuta a comprendere i propri sintomi e gli indica le probabili cause e i possibili comportamenti da tenere. Il risultato dell'autovalutazione non costituisce diagnosi, pertanto si ricorda che per una corretta valutazione del proprio stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

- **Consulto di medicina generale: telefonico o in videochiamata**

L'*Assicurato*, attraverso l'apposita funzione della piattaforma, può chiedere un consulto di medicina generale attraverso chiamata vocale o videochiamata. Sono disponibili al massimo 3 consulti per ogni anno di validità del servizio.

Il consulto è prestato sulla base delle informazioni fornite e non vale quale diagnosi di patologie in essere o future. Pertanto, non può in alcun modo sostituirsi all'esame obiettivo del proprio medico curante.

- **Consulto specialistico: telefonico o scritto**

L'*Assicurato*, attraverso l'apposita funzione della piattaforma, può chiedere un consulto telefonico o scritto a medici specialisti in: pediatria, ortopedia, ginecologia, cardiologia, geriatria, neurologia, psicologia, nutrizione.

Sono disponibili al massimo 3 consulti per ogni anno di validità del servizio.

Il consulto è prestato sulla base delle informazioni fornite e non vale quale diagnosi di patologie in essere o future. Pertanto, non può in alcun modo sostituirsi all'esame obiettivo del proprio medico curante.

- **Cartella clinica on line**

L'*Assicurato* può archiviare sulla piattaforma tutti i dati sulla propria salute pregressa e attuale, allegare esiti di esami e referti e accedervi autonomamente in qualunque momento.

L'*Assicurato* può inoltre condividere i propri dati con il medico durante il consulto.

In caso di necessità, l'*Assicurato* può tradurre automaticamente, nelle lingue disponibili, i dati medici caricati, al fine di condividerli con i medici all'estero.



- **Accesso al Network**

L'Assicurato può accedere alla rete di centri medici, odontoiatrici e fisioterapici convenzionati con la Società che fornisce il servizio e prenotare visite ed esami a tariffe agevolate.

Per usare i servizi offerti dall'applicazione MyClinic, l'Assicurato deve essere in regola con le visite previste dal Care Program. Se l'Assicurato non risulta più in regola con le visite previste dal Care Program, il servizio MyClinic non è più utilizzabile a partire dal primo giorno del mese della successiva Ricorrenza annuale del contratto.

Esempio utilizzo MyClinic

15/03/2027: il Contraente aderisce al Care Program

01/04/2027: l'Assicurato si sottopone al check-up previsto dal Care Program

15/03/2029: il Care Program si rinnova dopo 2 annualità, ma l'Assicurato **non si sottopone** al check-up

L'accesso a My Clinic è **sospeso** a partire dal 01/03/2029.

I servizi MyClinic sono utilizzabili tramite apposito link, che Redion Italy Services S.p.A. comunica via email. Il Contraente può trovare il link anche sull'App Genertel e nell'Area Riservata presente sul sito www.genertel.it.

Genertel si riserva la possibilità di cambiare la piattaforma informatica che offre il servizio MyClinic, garantendo gli stessi servizi.

» **CHE COSA NON È ASSICURATO?**

Art. 10 - Persone non assicurabili**Assicurazione principale**

Non è assicurabile chi alla compilazione della *Proposta di assicurazione* ha un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 70 anni e 6 mesi.

Copertura complementare Extra Capitale per Decesso da Infortunio / Extra Capitale per Decesso da Incidente stradale

Non è assicurabile chi alla compilazione della *Proposta di assicurazione* ha un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 68 anni e 6 mesi.

Copertura complementare Invalidità Totale Permanente

Non è assicurabile chi alla compilazione della *Proposta di assicurazione* ha un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 63 anni e 6 mesi.

Copertura complementare Malattie Gravi

Non è assicurabile chi alla compilazione della *Proposta di assicurazione* ha un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 60 anni e 6 mesi.

Copertura complementare Infortunio e Invalidità

Non è assicurabile chi alla compilazione della *Proposta di assicurazione* ha un'età inferiore a 18 anni o un'età pari o superiore a 63 anni e 6 mesi.

» **CI SONO LIMITI DI COPERTURA?**

Art. 11 - Esclusioni e limitazioni**Assicurazione principale**

L'assicurazione vale per qualunque causa di decesso, con le seguenti esclusioni e limitazioni.



Esclusioni

È escluso dall'assicurazione il decesso causato da:

- a) suicidio, se avviene nei primi 2 anni dell'assicurazione o nei primi 12 mesi di eventuale riattivazione;
- b) delitto doloso del *Contraente* o del *Beneficiario*;
- c) partecipazione dell'*Assicurato* a delitti dolosi;
- d) partecipazione attiva dell'*Assicurato* ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare, operazioni militari;
- e) 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 il decesso avviene dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
 - al momento dell'arrivo dell'*Assicurato* in un Paese, c'è una situazione di guerra o simili;
- f) eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni;
- g) guida di veicoli e natanti a motore senza patente specifica; la copertura è attiva se la patente è scaduta da non più di 6 mesi;
- h) uso di mezzi di locomozione subacquei e incidente di volo, se l'*Assicurato* è a bordo di mezzi non autorizzati al volo o con pilota senza specifico brevetto o se è membro dell'equipaggio e non lo ha dichiarato in apposito Questionario o successivamente;
- i) sport estremi, quali: bungee jumping, base jumping, parkour, free running, free-climbing, rooftopping, speed flying, speed riding, streetluge zorbing, down hill e tutti i tipi di skydiving sport (ad esempio: skysurfing - target jumping - swooping - wingsuit o tuta alare), alpinismo con accesso a ghiacciai e scalate di rocce, guidoslitta, motoslitta, salti dal trampolino con sci.

Salvo deroghe espressamente accordate da Genertel e che possono prevedere un aumento di *Premio*, è inoltre escluso dall'assicurazione il decesso causato da:

- j) pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi livello (professionistico e non):
 - sport motoristici (automobilismo e motociclismo);
 - arti marziali e lotta come: pugilato, kickboxing, muay thai, wrestling, arti marziali, cagefighting e MMA (mixed martial arts);
 - paracadutismo o sport aerei in genere;
 - immersioni subacquee in apnea; non in apnea superiori a 40 m; in grotte, relitti, caverne;
 - arrampicata pari o superiore al 6° grado o oltre i 4000 m o in solitaria; spedizioni extraeuropee; scalate su ghiaccio; sci alpinismo in solitaria; sci o snowboard acrobatico o estremo;
 - speleologia;
 - tuffi da altezza superiore a 10 m;
 - nuoto in mare aperto (come ad esempio traversate di tratti di mare da costa a costa, nuoto durante attraversate transoceaniche);
 - motonautica;
 - vela transoceanica;
- k) pratica delle seguenti attività professionali:
 - attività che comporta contatti con sostanze esplodenti, infiammabili, tossiche o corrosive;
 - elettricista di impianti industriali;
 - rimozione, bonifica, smaltimento dell'amianto;
 - lavori su impalcature, ponteggi o tetti di altezze superiori a 15 m;
 - lavori nel sottosuolo o in mare aperto;
 - appartenenza a forze armate, forze dell'ordine, corpi armati dello Stato, corpo dei Vigili del Fuoco, corpi di protezione civile che non svolgono solamente mansioni d'ufficio;
 - aviazione (esclusi membri dell'equipaggio di compagnie aeree di linea);
 - attività subacquea in genere;
 - guardia giurata che non svolge solamente mansioni d'ufficio;
 - guida di veicoli superiori a 35 q di peso (esclusi autisti di autobus o pullman).

In caso di decesso per una causa esclusa, Genertel non paga alcuna prestazione.



Limitazioni

Nei casi in cui non è richiesta la visita medica (→ art. 12), l'assicurazione è esclusa per un **periodo di carenza di 6 mesi** dall'entrata in vigore del contratto.

L'assicurazione è tuttavia operante anche nel periodo di carenza, se il decesso avviene per conseguenza diretta ed esclusiva di:

- infortunio, avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, fatta eccezione per quanto indicato nelle esclusioni; per infortunio si intende un evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna (indipendente dalla volontà dell'Assicurato), il quale produce lesioni corporali oggettivamente constatabili che hanno come conseguenza il decesso;
- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale, polmonite, encefalite epidemica, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, B e C, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post vaccinica; inoltre shock anafilattico (malattia non infettiva) sopravvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.

In caso di decesso per altre cause nel periodo di carenza, Genertel paga ai Beneficiari solo la somma dei Premi versati al netto dei *Costi* (→ art. 21).

L'Assicurato può comunque chiedere la copertura assicurativa senza il periodo di carenza, sottoponendosi a visita medica.

Copertura complementare Extra Capitale per Decesso da Infortunio / Extra Capitale per Decesso da Incidente stradale

Esclusioni

Oltre alle esclusioni previste per l'assicurazione principale, è escluso il decesso per lesioni causate da:

- contaminazione nucleare o chimica, terremoti, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- ubriachezza (per tale intendendosi il superamento del tasso alcolemico previsto dal Codice della Strada ai fini dell'applicazione delle sanzioni ivi previste), intossicazioni per abuso di psicofarmaci e per uso di sostanze stupefacenti o allucinogene o comunque condizioni psico-fisiche alterate.

È inoltre escluso il decesso se le lesioni che lo hanno causato hanno influito su condizioni fisiche o patologiche dell'Assicurato, preesistenti o sopravvenute, o sulla loro evoluzione.

Limitazioni

La copertura complementare non opera se il decesso avviene dopo un anno dal giorno delle lesioni.

Copertura complementare Invalidità Totale Permanente

Esclusioni

Oltre alle esclusioni previste per l'assicurazione principale, la copertura complementare non opera se l'Invalidità Totale Permanente deriva, direttamente o indirettamente, da:

- stato di ubriachezza (per tale intendendosi il superamento del tasso alcolemico previsto dal Codice della Strada ai fini dell'applicazione delle sanzioni ivi previste), intossicazioni per abuso di psicofarmaci e per uso di sostanze stupefacenti o allucinogene o comunque condizioni psico-fisiche alterate;
- tentativo di suicidio, se avviene nei primi 2 anni dell'assicurazione o nei primi 12 mesi di eventuale riattivazione;
- autolesione, indipendentemente dallo stato di salute mentale nel momento in cui viene provocata;
- malattie o lesioni che sono la conseguenza diretta o indiretta di stati patologici o condizioni morbose che si sono manifestati, o sono stati diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima dell'entrata in vigore del contratto e non dichiarati in fase assuntiva.



Limitazioni

Si applica anche all'Invalidità Totale Permanente un periodo di carenza di 6 mesi come per l'assicurazione principale in caso di decesso.

In caso di Invalidità Totale Permanente per altre cause denunciata nel periodo di carenza, Genertel non paga la prestazione e restituisce al *Contraente* il *Premio* già versato per la copertura complementare, al netto dei *Costi* (→ art. 21).

Copertura complementare Malattie Gravi

Esclusioni

Tumore maligno

Sono esclusi i seguenti tumori:

- tumori che sono istologicamente descritti come benigni, pre-maligni o non-invasivi;
- tumori che presentano le caratteristiche del carcinoma in situ (Tis) o carcinomi papillari non-invasivi (Ta), inclusa la displasia della cervice uterina CIN-1, CIN-2 e CIN-3;
- tutti i tumori della pelle diversi dal melanoma, incluse le ipercheratosi, i carcinomi basocellulari, i carcinomi a cellule squamose, che non si sono diffusi ai linfonodi o a organi/siti distanti;
- melanomi istologicamente descritti come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0;
- tumori della vescica istologicamente descritti come in stadio uguale o inferiore a T1N0M0;
- leucemia linfocitica cronica di stadio inferiore al RAI 1;
- tumori in presenza del virus HIV.

Ictus

Sono esclusi:

- attacchi ischemici transitori;
- incidenti che portino solo a cambiamenti nella memoria o nella personalità;
- sintomi cerebrali dovuti a emicrania;
- lesioni cerebrali secondarie ad un trauma o ad ipossia;
- una malattia vascolare ischemica che interessa l'occhio o il nervo ottico o il sistema vestibolare.

Infarto

Sono esclusi:

- angina pectoris;
- altre sindromi coronariche acute.

Limitazioni

Si applica anche alle Malattie Gravi un periodo di carenza di 6 mesi come per l'assicurazione principale in caso di decesso.

In caso di Malattie Gravi per altre cause denunciate nel periodo di carenza, Genertel non paga la prestazione e restituisce al *Contraente* il *Premio* già versato per la copertura complementare, al netto dei *Costi* (→ art. 21) e delle imposte.

Copertura complementare Infortunio e Invalidità

Esclusioni

Oltre alle esclusioni previste per l'assicurazione principale, la copertura complementare non opera se l'Infortunio o Invalidità è direttamente o indirettamente derivante da:

- ubriachezza (per tale intendendosi il superamento del tasso alcolemico previsto dal Codice della Strada ai fini dell'applicazione delle sanzioni ivi previste), intossicazioni per abuso di psicofarmaci e per uso di sostanze stupefacenti o allucinogene o comunque condizioni psico-fisiche alterate;
- tentativo di suicidio, se avviene nei primi 2 anni dell'assicurazione o nei primi 12 mesi di eventuale riattivazione;
- autolesione, indipendentemente dallo stato di salute mentale nel momento in cui viene provocata;
- malattie o lesioni che sono la conseguenza diretta o indiretta di stati patologici o condizioni morbose che si sono manifestati, o sono stati diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati prima dell'entrata in vigore del contratto.



› **CHE OBBLIGHI HO?
QUALI OBBLIGHI HA
L'IMPRESA?**

Limitazioni

La copertura complementare non prevede limitazioni.

Art. 12 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

L'Assicurato deve dichiarare se è *Fumatore* o non fumatore e compilare il **Questionario Sanitario**.

In base alle risposte fornite al *Questionario Sanitario*, Genertel può richiedere all'Assicurato di sottoporsi a **visita medica** e a **ulteriori accertamenti sanitari**.

L'Assicurato deve sempre sottoporsi a visita medica e a ulteriori accertamenti sanitari se:

- il capitale assicurato per decesso e per Invalidità Totale Permanente su questo contratto, sommato ai capitali assicurati per gli stessi rischi su altri contratti già stipulati con Genertel, è superiore a Euro 300.000,00;
- o se l'Assicurato ha più di 60 anni e 6 mesi.

L'Assicurato deve compilare anche un **Questionario Finanziario** se il capitale assicurato per decesso e su questo contratto, sommato ai capitali assicurati per lo stesso rischio su altri contratti già stipulati con Genertel, è superiore a Euro 750.000,00.

Per la copertura di alcune professioni o attività sportive svolte, l'Assicurato deve compilare un **Questionario professionale o sportivo**.

Il *Premio* può variare in base alle dichiarazioni dell'Assicurato e agli esiti degli accertamenti a cui si sottopone.

Sono previsti sconti sul *Premio* (→ art. 14) per Donatori di sangue o per *Contraenti* appartenenti allo stesso stato di famiglia.

Genertel consente la copertura e determina il *Premio* in base alle dichiarazioni del *Contraente* e dell'Assicurato sui dati e le circostanze richiesti.

Il Contraente e l'Assicurato devono fornire a Genertel informazioni precise e complete che possono influire sulla valutazione del rischio.

Se il *Contraente* o l'Assicurato forniscono dati inesatti o parziali sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, si può determinare:

- la perdita in tutto o in parte del diritto alla prestazione, e
- la cessazione dell'assicurazione⁵.

Se l'età dell'Assicurato è indicata in modo inesatto, Genertel può modificare i *Premi* o le prestazioni e li può ricalcolare sulla base dell'età corretta. Se in base all'età effettiva la persona risulta non assicurabile, Genertel può risolvere il contratto.

Se l'Assicurato, che si è dichiarato non fumatore al momento della compilazione della *Proposta di assicurazione* inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, lo stesso Assicurato o il Contraente devono darne comunicazione scritta entro 30 giorni a Genertel. In tal caso Genertel applica un sovrappremio.

In caso di evento, i Beneficiari possono perdere in tutto o in parte il diritto alla prestazione nei seguenti casi:

- a) se Genertel verifica lo stato di *Fumatore* dell'Assicurato e non è stato rispettato l'obbligo di comunicare tale nuovo stato, oppure
- b) se il decesso si verifica prima che Genertel, ricevuta la comunicazione del nuovo stato di *Fumatore*, abbia dichiarato entro 3 mesi di voler recedere dal contratto.

⁵ Artt. 1892, 1893 del Codice Civile.



Se l'Assicurato inizia a praticare nuove attività sportive pericolose non dichiarate alla firma della *Proposta di assicurazione*, lo stesso o il *Contraente* devono darne immediata comunicazione scritta a Genertel.

Genertel, entro 15 giorni, **informa il *Contraente* se intende:**

- a) far cessare gli effetti dell'assicurazione;
- b) ridurre il capitale assicurato;
- c) aumentare il *Premio* dovuto.

Se Genertel comunica l'intenzione di voler modificare il contratto come ai punti b) e c), il *Contraente* entro i 15 giorni successivi deve dichiarare se accetta la modifica, altrimenti l'assicurazione cessa automaticamente alla scadenza dell'ultima annualità per la quale è stato versato il *Premio*. La mancata risposta del *Contraente* entro tale termine equivale all'accettazione della modifica comunicata da Genertel.

Il *Contraente* non è tenuto a fornire alcuna comunicazione in caso di modifiche di professione dell'Assicurato che aggravino il rischio assunto da Genertel, eventualmente intervenute in corso di contratto⁶. In caso di evento causato dallo svolgimento di una professione pericolosa intrapresa successivamente alla compilazione della *Proposta di assicurazione*, l'assicurazione è comunque operante.

Il contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni in vigore in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza/domicilio o di sede in Italia fatta dal *Contraente*.

Il *Contraente* si impegna a comunicare entro 30 giorni a Genertel lo spostamento di residenza, domicilio o di sede in un altro Stato dell'Unione Europea. Se il *Contraente* non effettua la comunicazione, è responsabile per ogni eventuale danno causato a Genertel, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza o domicilio.

Art. 13 - Richieste di pagamento a Genertel

Le richieste di pagamento devono essere inviate in forma scritta a Genertel⁷, accompagnate dai documenti necessari per verificare l'obbligo di pagamento e per individuare i Beneficiari:

- documento di identità e codice fiscale di chi invia la richiesta (se non sono già stati presentati o sono scaduti);
- coordinate bancarie del conto corrente di ciascun *Beneficiario* su cui effettuare il pagamento⁸;
- in caso di Beneficiari minorenni o incapaci: dichiarazione del Giudice Tutelare che indichi la persona autorizzata all'incasso.

Le informazioni per come presentare le richieste si trovano su www.genertel.it

Documenti necessari per **pagamenti per decesso dell'Assicurato**⁹:

- certificato di morte o, se gli aventi diritto sono gli eredi, autocertificazione del decesso dell'Assicurato firmata da un erede; l'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione a Genertel a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione;
- relazione del medico curante sulle cause e circostanze del decesso e sulle condizioni di salute e abitudini di vita dell'Assicurato;
- se il decesso è dovuto a una causa diversa dalla malattia: verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e verbale dell'autopsia se eseguita e, in caso di procedimento penale copia degli atti più significativi;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà¹⁰, da cui deve risultare :
 - se il *Contraente*, quando è anche Assicurato, ha lasciato o meno testamento;
 - che il testamento pubblicato è l'ultimo, valido e non è stato impugnato;

⁶ In deroga all'art.1926 del Codice Civile.

⁷ La comunicazione va inviata a Genertel S.p.A., Via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto - TV.

⁸ In caso di mancanza di conto corrente può essere effettuato il pagamento tramite assegno circolare.

⁹ È possibile utilizzare un modulo messo a disposizione da Genertel.

¹⁰ Redatta in conformità all'art. 21 c. 2 del D.P.R. 445/2000, cioè con firma autenticata da un pubblico ufficiale.



- l'indicazione degli eredi legittimi e testamentari del *Contraente*, se i *Beneficiari* in caso di decesso sono indicati in modo generico (ad esempio "gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali");
- copia conforme del verbale di pubblicazione del testamento olografo o dell'atto di registrazione del testamento pubblico.

Genertel può chiedere ulteriore documentazione se il caso specifico presenta particolari esigenze di verifica.

Documenti necessari per i **pagamenti relativi all'opzione Instant Benefit** (→ art. 8) da inviare all'indirizzo e-mail instant_benefit@genertel.it:

- certificato di morte o, se l'avente diritto è un erede, autocertificazione del decesso dell'Assicurato firmata dall'erede stesso; l'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione a Genertel a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione;
- copia di un documento identificativo di identità del *Beneficiario* richiedente;
- coordinate bancarie del conto corrente su cui effettuare il pagamento;
- intestatario del conto corrente.

I pagamenti relativi all'opzione Instant Benefit (→ art. 8) sono effettuati:

- entro 5 giorni lavorativi dal giorno in cui Genertel riceve, entro le ore 11:00, la documentazione completa;
- entro 6 giorni lavorativi dal giorno in cui Genertel riceve, dopo le ore 11:00, la documentazione completa.

Genertel richiede documenti, sanitari o di altro tipo, aventi valore legale in Italia al momento della denuncia di decesso e rilasciati da soggetti o enti regolarmente abilitati e autorizzati. Pertanto, Genertel può non accettare documentazione, presentata dai *Beneficiari* con la richiesta di pagamento, se

- la documentazione proviene da medici, strutture sanitarie o autorità di uno Stato estero,
- Genertel non è autorizzata a esercitare in tale Stato l'attività assicurativa
- e non vi è in tale Stato una rappresentanza diplomatico-consolare italiana.

In tali casi, Genertel può non pagare la prestazione prevista dalle Condizioni di assicurazione.

Genertel paga la prestazione entro 30 giorni da quando riceve la documentazione completa; dopo tale termine Genertel deve pagare anche gli interessi legali.

I documenti necessari per **pagamenti relativi alle coperture complementari** sono riportati agli articoli 5, 6 e 7.

» QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 14 - Piano di versamento dei Premi

Assicurazione Vita Genertel prevede una successione di **Premi annui di importo costante**.

Il *Contraente* deve versare il primo *Premio* successivamente alla firma della *Proposta di assicurazione* e i Premi successivi a ogni *Ricorrenza annuale del contratto*, fino a che si verifica:

- la scadenza del piano di versamenti, o
- il decesso dell'Assicurato, se precedente la scadenza del piano di versamenti.

Il *Premio* dell'assicurazione principale è determinato in base ai seguenti elementi:

- importo del capitale assicurato
- durata del contratto
- età dell'Assicurato
- stato di *Fumatore* o non fumatore (→ art. 12)
- attività sportive svolte
- professione svolta
- abitudini di vita.



Per le **coperture complementari facoltative** (→ art. 3) il **Contraente** deve versare i relativi **Premi annui di importo costante**, insieme e con le stesse modalità previste per i Premi annui relativi all'assicurazione principale.

Il **Premio** annuo è versato in via anticipata ed è frazionabile in più rate semestrali, senza **Costi** di frazionamento. Il **Premio** minimo annuo della copertura principale è pari a Euro 85,00 (Euro 42,50 semestrali), prima dell'applicazione di eventuali sconti.

Il **Premio** è comprensivo di imposta per le coperture complementari facoltative che la prevedono.

È previsto uno sconto del 10% sul **Premio** se l'**Assicurato** dichiara di essere **Donatore di sangue** e fornisce il relativo certificato della struttura sanitaria o associazione riconosciuta. Tale sconto è applicato alla parte di **Premio** riferita all'assicurazione principale e alla copertura complementare facoltativa Invalidità Totale Permanente, viene riconosciuto alla firma della **Proposta di assicurazione** e viene mantenuto per l'intera durata del contratto.

È previsto inoltre uno sconto del 5% sul **Premio** applicabile ai nuovi **Contraenti** che fanno parte dello stesso stato di famiglia di un **Contraente** di Assicurazione Vita Genertel Partner con contratto in vigore al momento della firma della **Proposta di assicurazione**. È necessario fornire un documento che attesta l'appartenenza allo stesso stato di famiglia. Tale sconto è applicato alla parte di **Premio** riferita all'assicurazione principale e alla copertura complementare facoltativa Invalidità Totale Permanente. Lo sconto del 10% per **Donatori di sangue** e quello del 5% per **Contraenti** appartenenti allo stesso stato di famiglia non sono cumulabili tra loro.

Art. 15 - Mezzi di versamento del Premio

Il **Contraente** versa il **Premio** con uno dei seguenti mezzi di versamento:

- bonifico bancario su conto corrente intestato all'**Intermediario**;
- P.O.S.

Non è possibile versare i Premi in contanti.

Il Documento Unico di Rendicontazione riporta i versamenti effettuati.

Art. 16 - Interruzione del piano di versamento dei Premi: risoluzione del contratto

Trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza della prima rata di **Premio** non versata, il contratto si risolve e le **rate di Premio versate rimangono acquisite** da Genertel.

Il **Contraente** non può giustificare il mancato versamento del **Premio** con il fatto che Genertel non gli ha inviato avvisi di scadenza, anche se ciò è avvenuto per i Premi precedenti.

Art. 17 - Ripresa del piano di versamento dei Premi: riattivazione del contratto

Se il **Contraente** interrompe il piano di versamento dei **Premi**, **il contratto può essere riattivato entro 1 anno** dalla scadenza della prima rata non versata, versando i **Premi** arretrati aumentati degli interessi legali calcolati dalla relativa data di scadenza alla data di riattivazione.

Se sono trascorsi più di 6 mesi da tale scadenza, la riattivazione è possibile solo se il **Contraente** presenta richiesta scritta di riattivazione.

Genertel può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del contratto ripristina i valori contrattuali delle prestazioni previste dall'assicurazione principale e dalle coperture complementari, se attivate, come se il piano di versamento dei **Premi** non fosse stato interrotto.

La riattivazione ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui il **Contraente** versa i **Premi** dovuti.



» QUANDO COMINCIA
LA COPERTURA E
QUANDO FINISCE?

Art. 18 - Durata

Il *Contraente* sceglie la durata del contratto tra un minimo di 5 e un massimo di 30 anni. L'età massima dell'*Assicurato* alla scadenza del contratto è pari a 80 anni e 6 mesi.

La durata delle coperture complementari facoltative coincide con la durata del contratto riferita all'assicurazione principale, ma cessa in anticipo alla *Ricorrenza annuale del contratto* successiva al compimento dell'età massima dell'*Assicurato* prevista per ciascuna copertura (→ art. 10). In tal caso non è più dovuto alcun *Premio* relativo alla copertura complementare scaduta.

Art. 19 - Conclusione ed entrata in vigore dell'assicurazione

Conclusione del contratto

Il contratto è concluso, cioè si perfeziona, quando Genertel ha rilasciato la *Polizza al Contraente* a seguito della *Proposta* e del pagamento del *Premio*.

Entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto entra in vigore, se è stato versato il *Premio*, alle ore 24 della *Data di decorrenza* indicata in *Polizza*, coincidente o successiva a quella di conclusione del contratto.

Se il *Premio* è versato dopo questa data, il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento.

Il *Premio* si intende versato nel giorno di effettivo accredito sul conto corrente intestato a Genertel. Se tra la data di versamento e il giorno di accredito cambia l'età dell'*Assicurato*, il *Contraente* deve versare a Genertel la differenza tra il *Premio* inizialmente versato e il *Premio* calcolato in base alla nuova età.

» COME POSSO RECEDERE
DAL CONTRATTO?

Art. 20 - Recesso

Il *Contraente* può recedere (*Diritto di recesso*) **entro 30 giorni** dalla conclusione del contratto. Per recedere, deve inviare una raccomandata con ricevuta di ritorno o una PEC (Posta Elettronica Certificata) a Genertel, via Marocchesa 14 - 31021 Mogliano Veneto (Treviso).

Dalla data in cui Genertel riceve la lettera raccomandata o la PEC, il *Contraente* e Genertel sono liberi da ogni obbligo contrattuale.

Genertel rimborsa al *Contraente* i Premi versati, diminuiti:

- di eventuali imposte;
- della parte relativa al rischio corso per la durata del contratto.

Il rimborso avviene entro 30 giorni dalla data in cui Genertel riceve la raccomandata di recesso o la PEC.

» QUALI COSTI DEVO
SOSTENERE?

Art. 21 - Costi

Costi sul Premio

Sono previsti i seguenti *Costi* gravanti sul *Premio* dell'assicurazione principale:

CARICAMENTI	
cifra fissa	25 Euro
caricamento percentuale per durate da 5 a 9 anni	25,00%
caricamento percentuale per durate da 10 a 19 anni	22,50%
caricamento percentuale per durate da 20 a 30 anni	20,00%

Il caricamento percentuale è calcolato sul *Premio* al netto della cifra fissa.



È previsto un caricamento pari al 13% del *Premio* per la copertura complementare facoltativa **Extra Capitale per Decesso da Infortunio / Extra Capitale per Decesso da Incidente stradale**.

Sono previsti i seguenti *Costi* gravanti sul *Premio* per la copertura complementare facoltativa **Invalità Totale Permanente**:

CARICAMENTI	
caricamento percentuale per durate da 5 a 9 anni	25,00%
caricamento percentuale per durate da 10 a 19 anni	22,50%
caricamento percentuale per durate da 20 a 30 anni	20,00%

È previsto un caricamento pari al 20% del *Premio* per la copertura complementare facoltativa **Malattie Gravi**.

Sono previsti i seguenti *Costi* gravanti sul *Premio* per la copertura complementare facoltativa **Infortunio e Invalidità**.

CARICAMENTI	
cifra fissa	52,50 Euro
caricamento percentuale	12,50%

Il caricamento percentuale è calcolato sul *Premio* al netto della cifra fissa.

Costi per accertamenti medici

Il *Contraente* sostiene i *Costi* per gli accertamenti medici da effettuarsi obbligatoriamente nei casi previsti e il costo della visita medica a cui si sottopone, pari alla tariffa applicata dal medico o dalla struttura a cui l'*Assicurato* si è rivolto.

SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI?

☐ SÌ ☒ NO

Art. 22 - Riscatto e riduzione

Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.

In caso di interruzione del versamento dei Premi, il contratto può essere riattivato (→ art. 17).

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI AL CONTRATTO

Art. 23 - Beneficiario

Il *Contraente* indica il *Beneficiario* in caso di decesso.

Il *Contraente* può modificare il *Beneficiario* in ogni momento, con comunicazione scritta a Genertel, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto – TV, o per testamento.

In caso di pluralità di *Beneficiari*, salvo diversa disposizione del *Contraente*, il beneficio si intende attribuito in parti uguali.

Il *Beneficiario* non può essere modificato:

- dopo che il *Contraente* ha dichiarato in forma scritta a Genertel di rinunciare al potere di revoca e il *Beneficiario* ha dichiarato in forma scritta a Genertel di accettare il beneficio;
- dopo il decesso del *Contraente*;
- dopo che l'*Assicurato* è deceduto e il *Beneficiario* ha comunicato in forma scritta a Genertel di volersi avvalere del beneficio.

In questi casi è necessario l'assenso scritto del *Beneficiario* per ogni variazione del contratto (ad esempio la modifica di beneficio) che influisce sui suoi diritti.

**Diritto proprio del Beneficiario**

Il *Beneficiario* acquista un diritto proprio alle prestazioni dell'assicurazione¹¹.

Le prestazioni pagate al *Beneficiario* a seguito del decesso dell'*Assicurato* non rientrano nell'asse ereditario dell'*Assicurato* stesso.

Per le **coperture complementari** Invalidità Totale Permanente, Malattie Gravi e Infortunio e Invalidità, il *Beneficiario* è l'*Assicurato*, senza possibilità di modifica.

Art. 24 - Cessione, pegno e vincolo

Il *Contraente* può cedere ad altri il contratto, darlo in pegno e vincolare le prestazioni.

Per farlo deve presentare l'autocertificazione di esistenza in vita dell'*Assicurato*, se:

- l'*Assicurato* è diverso dal *Contraente*
- in caso di cessione del contratto, l'*Assicurato* è persona diversa dal cessionario (cioè chi beneficia della cessione)

L'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione a Genertel a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione.

Questi atti sono efficaci nei confronti di Genertel solo se annotati su *Appendice*. La cessione richiede il consenso di Genertel.

In caso di pegno o vincolo, è necessario l'assenso scritto del pignoratario (chi beneficia del pegno) o vincolatario (chi beneficia del vincolo) per ogni operazione che riduce l'efficacia di queste garanzie.

Art. 25 - Non pignorabilità e non sequestrabilità

Nei limiti di legge¹² le somme dovute da Genertel al *Contraente* o al *Beneficiario* non possono essere pignorate né sequestrate.

Art. 26 - Foro competente

Per le controversie relative al contratto, il Foro competente può essere solo 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.

Le istanze scritte di mediazione nei confronti di Genertel devono essere inviate a:

Genertel S.p.A.

Via Machiavelli, 4 - 34132 Trieste (TS).

In alternativa alla mediazione, è possibile ricorrere all'Arbitro Assicurativo (www.arbitroassicurativo.org).

Art. 27 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali

Genertel non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare una prestazione o a riconoscere un beneficio in applicazione di questo contratto, se il fatto di garantire la copertura assicurativa, pagare una prestazione o riconoscere un beneficio espone Genertel a sanzioni anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America o dell'Italia.

Art. 28 - Rinvio alle norme di legge

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

¹¹ Art. 1920 del Codice civile.

¹² Art. 1923 del Codice Civile.

**ALLEGATO 1****TABELLA LESIONI E IMPORTI (IN EURO)**

FRATTURE OSSEE	
Capo (Teca cranica - Massiccio facciale)	
Teca cranica	
Frattura della teca cranica che necessiti di intervento chirurgico	4.000,00
Tutti gli altri tipi di frattura della teca cranica	2.000,00
Massiccio facciale	
Frattura che necessiti di intervento chirurgico	2.500,00
Tutti gli altri tipi di fratture	1.000,00
Tronco (scheletro del torace - esclusa colonna vertebrale)	
Clavicola - Scapola - Sterno	
Frattura che necessiti di intervento chirurgico	1.000,00
Tutti gli altri tipi di fratture (L'indennizzo si riferisce al singolo osso)	500,00
Costole	
Frattura di una o più costole con lesione polmonare	1.000,00
Frattura di una o più costole con lesione pleurica	750,00
Frattura di almeno 3 costole in assenza di lesione pleurica o polmonare	500,00
Colonna vertebrale (escluso il tratto sacrale e il coccige)	
Frattura del corpo/anello vertebrale	4.000,00
Fratture di uno o più processi trasversi o spinosi o del peduncolo della vertebra	2.000,00
Tutti gli altri tipi di fratture (L'indennizzo si riferisce alla singola vertebra)	500,00
Danno neurologico permanente conseguente alla frattura vertebrale	2.000,00
Arti superiori	
Omero - Ulna - Radio	
Fratture multiple di cui almeno una esposta	2.500,00
Una frattura esposta	1.500,00
Fratture multiple, di cui almeno una scomposta	1.000,00
Tutti gli altri tipi di fratture (singola anche scomposta o multipla purché composta, l'indennizzo si riferisce al singolo osso)	500,00
Ossa della mano (carpo e metacarpo escluse le ossa delle dita)	
Frattura di uno o più ossa che compongono il carpo e/o il metacarpo che necessiti di intervento chirurgico	1.000,00
Frattura di uno o più ossa che compongono il carpo e/o il metacarpo che non necessiti di intervento chirurgico	500,00
Ossa delle dita	
Frattura di una o più falangi che necessiti di intervento chirurgico	750,00
Fratture di almeno 3 falangi che non necessiti di intervento chirurgico	500,00
Ossa del bacino - tratto sacrale della colonna vertebrale	
Anca e/o coccige	
Frattura che necessiti di intervento chirurgico	4.000,00
Frattura che non necessiti di intervento chirurgico	2.000,00



Tratto sacrale della colonna vertebrale	
Frattura del corpo/anello vertebrale	4.000,00
Fratture di uno o più processi traversi o spinosi o del peduncolo	2.000,00
Tutti gli altri tipi di fratture (L'indennizzo si riferisce alla singola vertebra)	500,00
Danno neurologico permanente conseguente alla frattura vertebrale	2.000,00
Arti inferiori	
Femore	
Fratture multiple di cui una composta/scomposta ed una esposta	3.000,00
Una frattura esposta	1.500,00
Fratture multiple, di cui almeno una scomposta	1.000,00
Tutti gli altri tipi di fratture	750,00
Rotula	
Frattura della rotula che necessiti di intervento chirurgico	750,00
Frattura della rotula che non necessiti di intervento chirurgico	500,00
Tibia - Perone	
Fratture multiple di cui una composta/scomposta ed una esposta	2.500,00
Una frattura esposta	1.250,00
Fratture multiple, di cui almeno una scomposta	750,00
Tutti gli altri tipi di fratture (L'indennizzo si riferisce al singolo osso)	500,00
Ossa del piede (escluse le ossa delle dita)	
Frattura di uno o più ossa che necessitino intervento chirurgico	750,00
Frattura di uno o più ossa che non necessitino intervento chirurgico	500,00
Ossa delle dita del piede	
Frattura di una o più falangi che necessiti di intervento chirurgico	750,00
Fratture di almeno 3 falangi che non necessiti di intervento chirurgico	500,00
USTIONI DI SECONDO E TERZO GRADO	
Superiore al 20% della superficie corporea	4.000,00
Dal 9% al 20% della superficie corporea	2.000,00
LUSSAZIONI (escluse le recidive)	
Anca	2.000,00
Ginocchio	1.000,00
Polso o gomito	800,00
Caviglia o Spalla	800,00



ALLEGATO 3

INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI CUI AL D. LGS. 231 DEL 21 NOVEMBRE 2007 E S.M.I (ANTIRICICLAGGIO E CONTRASTO AL FINANZIAMENTO DEL TERRORISMO)

Le dichiarazioni richieste ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e S.M.I. e relativi regolamenti attuativi sono raccolte per adempiere a specifici obblighi di legge ed hanno lo scopo di permettere alla Compagnia di verificare che il contratto di assicurazione che Lei sta per sottoscrivere o l'operazione connessa a tale tipo di contratto non persegua finalità di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il mancato rilascio delle informazioni richieste non ci permetterà di dar corso alla sottoscrizione del contratto o alla diversa operazione richiesta e potrà determinare la risoluzione del rapporto eventualmente in essere. Ricordiamo che il D.Lgs. 231/07 dispone l'obbligo di fornire le informazioni richieste (in particolare, ai fini dell'identificazione del cliente, del beneficiario, dell'esecutore, del titolare effettivo e dell'acquisizione delle informazioni sulla natura e sullo scopo del rapporto o dell'operazione), prevedendo gravi sanzioni per il caso di omesse o false dichiarazioni. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo, come per Legge.

Obblighi del cliente

Art. 22 del D. Lgs. 231/2007

1. I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.
2. Per le finalità di cui al presente decreto, le imprese dotate di personalità giuridica e le persone giuridiche private ottengono e conservano, per un periodo non inferiore a cinque anni, informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla propria titolarità effettiva e le forniscono ai soggetti obbligati, in occasione degli adempimenti strumentali all'adeguata verifica della clientela.
3. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le imprese dotate di personalità giuridica tenute all'iscrizione nel Registro delle imprese di cui all'articolo 2188 del codice civile, sono acquisite, a cura degli amministratori, richiedendole al titolare effettivo, individuato ai sensi dell'articolo 20, anche sulla base di quanto risultante dalle scritture contabili e dai bilanci, dal libro dei soci, dalle comunicazioni relative all'assetto proprietario o al controllo dell'ente, cui l'impresa è tenuta secondo le disposizioni vigenti nonché dalle comunicazioni ricevute dai soci e da ogni altro dato a loro disposizione. Qualora permangano dubbi in ordine alla titolarità effettiva, le informazioni sono acquisite, a cura degli amministratori, a seguito di espressa richiesta rivolta ai soci rispetto a cui si renda necessario approfondire l'entità dell'interesse nell'ente. L'inerzia o il rifiuto ingiustificati del socio nel fornire agli amministratori le informazioni da questi ritenute necessarie per l'individuazione del titolare effettivo ovvero l'indicazione di informazioni palesemente fraudolente rendono inesercitabile il relativo diritto di voto e comportano l'impugnabilità, a norma dell'articolo 2377 del codice civile, delle deliberazioni eventualmente assunte con il suo voto determinante. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 120 e 122 TUF, 74 e 77, CAP e 2341-ter del codice civile.
4. Le informazioni di cui al comma 2, inerenti le persone giuridiche private, tenute all'iscrizione nel Registro delle persone giuridiche private di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, e successive modificazioni, sono acquisite dal fondatore, ove in vita ovvero dai soggetti cui è attribuita la rappresentanza e l'amministrazione dell'ente, sulla base di quanto risultante dallo statuto, dall'atto costitutivo, dalle scritture contabili e da ogni altra comunicazione o dato a loro disposizione.
5. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, nonché le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini, purché stabiliti o residenti sul territorio della Repubblica italiana, ottengono e detengono informazioni adeguate, accurate e aggiornate sulla titolarità effettiva del trust, per tali intendendosi quelle relative all'identità del fondatore, del fiduciario o dei fiduciari, del guardiano o dei guardiani ovvero di altra persona per conto del fiduciario, ove esistenti, dei beneficiari o classe di beneficiari e delle altre persone fisiche che esercitano il controllo sul trust o sull'istituto giuridico affine e di qualunque altra persona fisica che esercita, in ultima istanza, il controllo sui beni conferiti nel trust attraverso la proprietà diretta o indiretta o attraverso altri mezzi. I fiduciari di trust espressi e le persone che esercitano diritti, poteri e facoltà equivalenti in istituti giuridici affini conservano tali informazioni per un periodo non inferiore a cinque anni dalla cessazione del loro stato di fiduciari e le rendono prontamente accessibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) e b). I medesimi fiduciari che, in tale veste, instaurano un rapporto continuativo ovvero eseguono una prestazione occasionale dichiarano il proprio stato ai soggetti obbligati.
- 5-bis. Per le finalità di cui al presente decreto, si considerano istituti giuridici affini al trust gli enti e gli istituti che, per assetto e funzioni, determinano effetti giuridici equivalenti a quelli dei trust espressi, anche avuto riguardo alla destinazione dei beni ad uno scopo ed al controllo da parte di un soggetto diverso dal proprietario, nell'interesse di uno o più beneficiari o per il perseguimento di uno specifico fine.



5-ter. I soggetti obbligati assicurano che le informazioni di cui al presente articolo, acquisite nell'espletamento delle procedure di adeguata verifica della clientela, siano prontamente rese disponibili alle autorità di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a), per l'esercizio delle rispettive attribuzioni.

Persone politicamente esposte

Art. 1, comma 2, lettera dd) del D.Lgs. 231/07

Nel presente decreto s'intendono per (...) persone politicamente esposte: le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari o coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

- 1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
 - 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
 - 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
 - 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
 - 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
 - 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
- 2) sono familiari di persone politicamente esposte:
 - 2.1 i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
- 3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
 - 3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
 - 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Art. 24 comma 6 del D.Lgs. 231/07

I soggetti obbligati, in presenza di un elevato rischio di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo applicano misure di adeguata verifica rafforzata di clienti che, originariamente individuati come persone politicamente esposte, abbiano cessato di rivestire le relative cariche pubbliche da più di un anno. La medesima disposizione si applica anche nelle ipotesi in cui il beneficiario della prestazione assicurativa o il titolare effettivo del beneficiario siano state persone politicamente esposte.

Titolare effettivo e criteri per la determinazione dello stesso

Nel presente decreto s'intendono per (...) titolare effettivo: la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è instaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

Art. 20 del D.Lgs. 231/07

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.
2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:
 - a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;



- b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.
- 3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:
 - a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
 - b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
 - c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.
- 4. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.
- 5. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:
 - a) i fondatori, ove in vita;
 - b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
 - c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.
- 6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fini dell'individuazione del titolare effettivo.

Obbligo di astensione

Art. 42, co. 1 e 2 del D.Lgs. 231/07

I soggetti obbligati che si trovano nell'impossibilità oggettiva di effettuare l'adeguata verifica della clientela, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, lettere a), b) e c) si astengono dall'instaurare, eseguire ovvero proseguire il rapporto e le operazioni e valutano se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF a norma dell'articolo 35.

Sanzioni penali

Art. 55, co. 1, 2 e 3 del D.Lgs. 231/07

- 1. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, falsifica i dati e le informazioni relative al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro. Alla medesima pena soggiace chiunque essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di adeguata verifica ai sensi del presente decreto, in occasione dell'adempimento dei predetti obblighi, utilizza dati e informazioni falsi relativi al cliente, al titolare effettivo, all'esecutore, allo scopo e alla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e all'operazione.
- 2. Chiunque, essendo tenuto all'osservanza degli obblighi di conservazione ai sensi del presente decreto, acquisisce o conserva dati falsi o informazioni non veritiere sul cliente, sul titolare effettivo, sull'esecutore, sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo o della prestazione professionale e sull'operazione ovvero si avvale di mezzi fraudolenti al fine di pregiudicare la corretta conservazione dei predetti dati e informazioni è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.
- 3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela, fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.



ALLEGATO 3

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 679/2016 DEL 27 APRILE 2016

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i Suoi dati personali¹, da Lei forniti, anche nel caso di registrazione in audio/videoconferenza, o acquisiti da terzi, sono trattati da Genertel S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) quale Titolare, nell'ambito dei servizi assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore Suo o di terzi da Lei designati/indicati:

- (i) per rilevare i Suoi bisogni, le Sue esigenze assicurative, la Sua propensione al rischio e per offrirle consulenza sui prodotti assicurativi;
- (ii) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio);²
- (iii) per l'esecuzione dei contratti da Lei stipulati;²
- (iv) per prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative;²
- (v) per comunicare i Suoi dati personali a Società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per l'esecuzione dei contratti in essere;
- (vi) per monitorare e migliorare la qualità dei servizi a Lei resi mediante la registrazione delle conversazioni telefoniche.

La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii), (iii) e (v) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere; necessita del Suo consenso esplicito solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, tra cui i dati relativi alla Sua salute, mentre per le finalità di cui alle lettere (iv) e (vi) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative, a porre in essere una corretta gestione e a monitorare e poter dimostrare la certezza delle prestazioni e la qualità dei servizi erogati. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (v), il conferimento dei dati è obbligatorio nonché rispondente ad obbligo normativo in relazione ai dati acquisiti durante l'audio/videoconferenza ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti come previsti dai contratti in essere.

Utilizzo dei dati per fini di ricontatto

La informiamo che i Suoi dati personali, identificativi e/o di contatto, da Lei forniti sul nostro sito in qualità di soggetto interessato ai nostri prodotti assicurativi, saranno trattati da Genertel S.p.A per inviarLe materiale informativo e farla ricontattare da un nostro consulente per ricevere maggiori informazioni sul prodotto per il quale ha manifestato il suo interesse. Tale trattamento dei Suoi dati personali verrà svolto per le finalità di cui ai punti (i) e (ii).

Utilizzo dei dati a fini commerciali e di profilazione commerciale

La informiamo, inoltre, che può autorizzare la Compagnia a trattare i Suoi dati personali da Lei forniti e/o acquisiti da terzi (con esclusione delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1 del Regolamento, tra cui i dati relativi alla salute), per utilizzarli per le seguenti ulteriori finalità:

- 1) per l'invio di comunicazioni commerciali e compimento di ricerche di mercato e sondaggi, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app e web, relativamente ai prodotti e servizi offerti da Genertel, e per analizzare i prodotti e servizi richiesti, anche attraverso trattamenti automatizzati, compresa la profilazione, con lo scopo di rilevare i miei comportamenti e preferenze e/o di migliorare l'offerta di Genertel.
- 2) per la cessione alle altre società del Gruppo Generali* e a soggetti terzi operanti nei settori finanziario, assicurativo, automobilistico, internet, e-commerce, comunicazione, per le loro finalità di marketing, quali l'invio di comunicazioni commerciali e compimento di ricerche di mercato anche mediante tecniche di comunicazione email, sms, instant messaging e notifiche via app e web.

Il conferimento dei Suoi dati e del Suo consenso per le finalità sopra indicate sono facoltativi. Il loro mancato rilascio non incide sull'erogazione dei nostri servizi assicurativi.

Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento, diritto di ottenere una copia dei propri dati laddove questi



siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti), nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte, anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate. Quanto precede, rivolgendosi a: unità organizzativa Quality, Genertel S.p.A., via Machiavelli 4, 34132 Trieste; e-mail: privacy@genertel.it oppure al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a RPD.it@generali.com e/o via posta ordinaria all'indirizzo RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchese 14 31021.

Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi, a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare:

- a) per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente, per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore;
- b) per le finalità commerciali e di profilazione, per il periodo necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o trattati e, comunque, non superiore a 24 mesi dalla data di decorrenza del preventivo richiesto.

Comunicazione dei Dati

I Suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Autorizzati al trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE.³

Trasferimento dei dati all'estero

I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa⁴, alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente, anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia www.genertel.it.

- 1 La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, immagine, audio acquisiti durante l'audio/videoconferenza, immagini video e audio acquisiti durante videoregistrazione, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
- 2 A titolo esemplificativo, formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri (anche nel caso in cui la denuncia di sinistro venga effettuata tramite videochiamata o videoregistrazione) o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
- 3 Si tratta di soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa": contraenti, assicurati; agenti ed altri intermediari di assicurazione, banche, SIM; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali e medici fiduciari, attuari, consulenti tecnici, periti, autofficine, centri di demolizione, strutture sanitarie, società di recupero crediti, servizi di interrogazione di banche dati esterne e altri erogatori convenzionati di servizi; società del Gruppo Generali, anche per attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative, altre società che per nostro conto svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di rilevazione della qualità del servizio, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. I dati possono essere comunicati ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; alcuni dati possono essere comunicati, per obbligo di legge o regolamento, ad organismi istituzionali quali Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine, IVASS, Banca d'Italia - UIF, COVIP, CONSOB, CONSAP, UCI, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile, Ministeri della Repubblica, concessionarie per la riscossione dei tributi.
- 4 Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratori, vincolatori; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

*Generali Italia, Alleanza Assicurazioni, Jeniot, Welion