

iLove

Assicurazione temporanea caso morte
a premio annuo e a capitale costante

Condizioni di assicurazione

Data ultimo aggiornamento: 27/03/2021

Il contratto è redatto secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico "Contratti Semplici e Chiari" coordinato dall'ANIA. I testi delle condizioni di assicurazione sono stati realizzati, con l'obiettivo di facilitarne la lettura e la consultazione, utilizzando un linguaggio il più possibile semplice e di utilizzo comune. Il testo è stato corredato di alcuni esempi pratici per facilitare la comprensione dei passaggi più complessi.

Indice

DEFINIZIONI	3
CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?	4
Art. 1 Oggetto del contratto	4
Assicurazione Principale	4
Art. 2 Prestazione	4
Assicurazione complementari (facoltative)	4
Art. 3 Assicurazioni complementari e norme comuni	4
Art. 4 Extra Capitale per Decesso da Infortunio / Extra Capitale per Decesso da Incidente stradale	4
Art. 5 Invalidità Totale Permanente	5
Art. 6 Malattie Gravi	7
Art. 7 Infortunio e Invalidità	9
Opzioni contrattuali	12
Art. 8 Instant Benefit	12
Art. 9 Care Program	12
CHE COSA NON È ASSICURATO?	16
Art. 10 Persone non assicurabili	16
CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	16
Art. 11 Esclusioni e limitazioni	16
Art. 12 Dichiarazioni del contraente e dell'assicurato	19
Art. 13 Richieste di pagamento a Genertel <i>life</i>	20
QUANDO E COME DEVO PAGARE?	21
Art. 14 Piano di versamento dei premi	21
Art. 15 Mezzi di versamento del premio	22
Art. 16 Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione	22
Art. 17 Ripresa del piano di versamento dei premi: riattivazione	22
Art. 18 Contact Plan	22
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	23
Art. 19 Durata	23
Art. 20 Conclusione ed entrata in vigore del contratto	23
COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?	23
Art. 21 Recesso	23
SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI? SI NO	23
Art. 22 Riscatto e riduzione	23
QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?	24
Art. 23 Costi	24
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI AL CONTRATTO	24
Art. 24 Beneficiario	24
Art. 25 Cessione, pegno e vincolo	24
Art. 26 Non pignorabilità e non sequestrabilità	25
Art. 27 Foro competente	25
Art. 28 Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali	25
Art. 29 Rinvio alle norme di legge	25
ALLEGATO 1	26
ALLEGATO 2	29

Appendice

Documento che è parte integrante del contratto, emesso insieme o in seguito, per modificarne alcuni aspetti concordati tra Genertell*ife* e il contraente o per legge.

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 o giuridica che stipula il contratto di assicurazione impegnandosi al versamento dei relativi premi.

Data di decorrenza

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

Dilettantistico

Stato degli atleti che praticano uno sport non a fini di lucro.

Età assicurativa

È l'età espressa in anni interi per cui le frazioni di anno inferiori a 6 mesi sono trascurate mentre quelle pari o superiori sono considerate come anno compiuto (ES. 34 anni e 5 mesi e 28 giorni = 34 anni; 34 anni e 6 mesi = 35 anni). Tale età viene determinata alla decorrenza del contratto e si incrementa in funzione del tempo trascorso.

Polizza

Documento che prova il contratto di assicurazione.

Proposta di assicurazione

Documento o modulo firmato dal contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta a Genertell*ife* la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Premio

Importo che il contraente versa a Genertell*ife*.

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 situazione finanziaria dell'assicurato.

Questionario sanitario

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e tabagico dell'assicurato che Genertell*ife* utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Recesso

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

Ricorrenza annuale del contratto

Anniversario della data di decorrenza.

Art. 1 - Oggetto del contratto

ILOVE prevede un'**assicurazione principale** per la quale, a fronte dei premi versati dal contraente (→ Definizioni), Genertellife paga al beneficiario (→ Definizioni) una prestazione in Euro in caso di decesso dell'assicurato (→ Definizioni) entro la scadenza del contratto.

Tale prestazione può essere integrata con una o più **assicurazioni facoltative**, che prevedono prestazioni **complementari**.

Alcuni ulteriori vantaggi e servizi possono derivare dall'esercizio delle **opzioni contrattuali** previste.

Assicurazione principale

Art. 2 - Prestazione

Il capitale assicurato, scelto dal contraente entro il limite di Euro 2.000.000,00 ed indicato in polizza (→ Definizioni), rimane costante per l'intera durata del contratto. Il capitale assicurabile massimo senza visita medica è di Euro 250.000,00.

Se alla scadenza l'assicurato è in vita, il contratto si risolve e i premi versati restano acquisiti da Genertellife a fronte dell'assicurazione prestata.

Il contratto prevede l'applicazione di due diverse tariffe, in funzione del consumo o meno di tabacco da parte dell'assicurato:

- **tariffa 0476X** (per non fumatori)
- **tariffa 0476Y** (per fumatori)

A parità di prestazione la tariffa non fumatori è premiante perché prevede un costo più basso rispetto alla tariffa fumatori e l'applicazione di uno sconto maggiore in caso di adesione al Care Program (→ art. 9).

L'assicurato è considerato **non fumatore** se:

- non ha mai fumato (sigarette, sigaretta elettronica, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei 24 mesi precedenti la data di sottoscrizione del questionario

o

- ha smesso di fumare, non l'ha fatto in seguito a consiglio medico a fronte di patologia.

Pertanto, è considerato **fumatore** chi non rientra nella predetta definizione.

Assicurazioni complementari (facoltative)

Art. 3 - Assicurazioni complementari e norme comuni

Al momento della sottoscrizione della proposta (→ Definizioni), il contraente può integrare la prestazione principale con le seguenti assicurazioni complementari:

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

Tutte le assicurazioni complementari prevedono un premio annuo, da versare unitamente al premio dell'assicurazione principale; 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

Se l'assicurato decede, entro la scadenza prestabilita dell'assicurazione complementare, **in conseguenza diretta ed esclusiva di lesioni corporali oggettivamente constatabili per una causa accidentale esterna**, Genertellife paga al beneficiario un capitale aggiuntivo pari al capitale dell'assicurazione principale. Questo capitale aggiuntivo in ogni caso non può superare il limite di Euro 500.000,00.

Il capitale aggiuntivo per decesso per infortunio è raddoppiato se la morte dell'assicurato avviene per infortunio conseguente a **incidente stradale**, con il limite complessivo in ogni caso di Euro 1.000.000,00.

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

Esempio:

Se il capitale assicurato indicato nel documento di polizza (prestazione principale) è pari ad Euro 200.000,00 ed è stata attivata l'assicurazione 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*life* è pari ad Euro 400.000,00 (Euro 200.000,00 di base + Euro 200.000,00 aggiuntivo);
- se la morte dell'assicurato avviene per incidente stradale, il capitale complessivo pagato da Genertel*life* è pari ad Euro 600.000,00 (Euro 200.000,00 di base + Euro 400.000,00 aggiuntivo).

Estinzione dell'assicurazione

L'assicurazione complementare si risolve, non produce effetto e i relativi premi versati sono acquisiti da Genertel*life*:

- in caso di sospensione del versamento del premio relativo all'assicurazione principale;
- alla scadenza prestabilita dell'assicurazione complementare che coincide con la ricorrenza annuale del contratto successiva al raggiungimento dell'età assicurativa (→ Definizioni) dell'assicurato di 70 anni.

Art. 5 - Invalidità Totale Permanente

Prestazioni

L'assicurazione complementare opera in caso di Invalidità Totale Permanente dell'assicurato, intesa come un'invalidità causata da **sopravvenuta malattia organica o lesione fisica**, indipendente dalla sua volontà e oggettivamente constatabile, che abbia **ridotto in modo permanente, a meno di un terzo del normale¹, la capacità all'esercizio della propria professione** o mestiere e di ogni altra attività confacente alle sue attitudini e abitudini.

Se l'assicurato denuncia un'Invalidità Totale Permanente, la cui data di diagnosi è anteriore alla scadenza prestabilita dell'assicurazione complementare, Genertel*life* paga all'assicurato stesso le prestazioni sotto descritte, a seconda della formula scelta dal contraente.

5.1 Formula base

La prestazione consiste in un anticipo sul 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 quest'ultima garanzia.

Se il capitale dell'assicurazione principale è superiore a Euro 500.000,00 Euro e l'assicurato è colpito da Invalidità Totale Permanente, la polizza rimane in vigore con riduzione del capitale dell'assicurazione principale, con conseguente ricalcolo del premio relativo a quest'ultima.

5.2 Formula raddoppio

Oltre all'anticipo sul capitale dell'assicurazione principale, Genertel*life* paga all'assicurato un capitale aggiuntivo pari al capitale dell'assicurazione principale.

La somma dell'anticipo e del capitale aggiuntivo non può essere superiore a Euro 500.000,00: pertanto, tale formula può essere sottoscritta solo se il capitale dell'assicurazione principale non eccede gli Euro 500.000,00.

Per entrambe le formule il **pagamento della prestazione** è subordinato alla persistenza dell'Invalidità Totale Permanente e pertanto è **frazionato** come segue:

- 20% della prestazione complementare ITP al termine del periodo di accertamento dell'invalidità;
- 80% della prestazione complementare ITP dopo ulteriori 12 mesi, se perdura lo stato di invalidità;
- 100% dell'eventuale prestazione complementare ITPx2 dopo ulteriori 12 mesi, se perdura lo stato di invalidità.

¹ La 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).

Esempio (Formula Raddoppio con capitale decesso inferiore o uguale a 250.000 €)

Se il capitale assicurato indicato nel documento di polizza (prestazione principale) è pari ad Euro 200.000,00 ed è stata attivata la garanzia complementare ITP formula Raddoppio, in caso di invalidità totale permanente dell'assicurato, il capitale complessivo pagato da Genertel*life* è pari ad Euro 400.000,00 (Euro 200.000,00 di base + Euro 200.000,00 aggiuntivo).

Esempio (Formula Raddoppio con capitale decesso superiore a 250.000 €)

Se il capitale assicurato indicato nel documento di polizza (prestazione principale) è pari ad Euro 400.000,00 ed è stata attivata la garanzia complementare ITP Formula Raddoppio, in caso di invalidità totale permanente dell'assicurato, il capitale complessivo pagato da Genertel*life* è pari ad Euro 500.000,00 (Euro 400.000,00 di base + Euro 100.000,00 aggiuntivo).

Per entrambe le formule gli importi sono maggiorati degli interessi legali a decorrere dal trentesimo giorno successivo alle date previste per i pagamenti.

Dopo il pagamento di una parte del capitale, se lo stato di Invalidità Totale Permanente non perdura, Genertel*life* **interrompe il pagamento** del capitale residuo dandone comunicazione scritta al contraente.

Se si verifica il decesso dell'assicurato nel corso del periodo di pagamento del capitale assicurato, Genertel*life* **paga la differenza** tra il capitale già corrisposto e il capitale dovuto per il caso di morte dell'assicurato, eventualmente comprensivo delle altre prestazioni complementari se sottoscritte.

Esempio decesso in fase di pagamento ITP (Formula Base)

Se il capitale assicurato indicato nel documento di polizza (prestazione principale) è pari ad Euro 200.000,00 ed è stato pagato - a titolo di ITP - un importo pari a Euro 40.000,00 all'assicurato, in caso di decesso dell'assicurato prima del pagamento del residuo 80% di ITP, il capitale complessivo pagato al beneficiario caso morte da Genertel*life* è pari ad Euro 160.000,00 (Euro 200.000,00 di base - Euro 40.000,00 di prestazione ITP già anticipata).

Estinzione dell'assicurazione

L'assicurazione complementare si risolve, non produce effetto e i relativi premi versati restano acquisiti da Genertel*life*:

- in caso di **sospensione del versamento** del premio relativo all'assicurazione principale;
- alla **scadenza** prestabilita dell'assicurazione complementare che coincide con la ricorrenza annuale del contratto successiva al raggiungimento dell'età assicurativa (→ Definizioni) di 65 anni dell'assicurato.

Denuncia, accertamento e riconoscimento dell'Invalidità Totale Permanente

L'assicurato o un suo rappresentante è tenuto a **denunciare** per iscritto a Genertel*life* l'Invalidità Totale Permanente, allegando (in originale o in copia conforme all'originale)²:

- un rapporto particolareggiato del medico curante (o del medico specialista) sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che ha prodotto l'invalidità, unitamente a tutta la documentazione medica relativa;
- certificato rilasciato da Ente preposto in cui venga diagnosticata l'invalidità e la sua causa.

Dalla data di ricevimento della documentazione completa (data di denuncia), decorre il **periodo di accertamento** da parte di Genertel*life* che, in ogni caso, **non può superare i 6 mesi**.

Genertel*life* si riserva di richiedere all'assicurato informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie, nonché di accertare in ogni caso lo stato di invalidità con medici di sua fiducia.

Genertel*life* comunica per iscritto al contraente e all'assicurato, se diverso dal contraente, entro e non oltre il periodo di accertamento, il **riconoscimento** o meno dello stato di Invalidità Totale Permanente dell'assicurato stesso.

È facoltà di Genertel*life* verificare il **perdurare** dello stato di invalidità fino al completamento del pagamento della prestazione assicurativa.

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

La presentazione della denuncia non determina automaticamente la sospensione del pagamento del premio dell'assicurazione complementare da parte del contraente. Se Genertell*life* riconosce l'Invalidità Totale Permanente, è tenuta a **rimborsare** al contraente il premio versato dell'assicurazione complementare tra la data di diagnosi e quella di riconoscimento dell'Invalidità Totale Permanente da parte di Genertell*life*.

Cessazione dello stato di invalidità e ripristino della copertura

Se lo stato di Invalidità Totale Permanente non perdura, Genertell*life* interrompe il pagamento del capitale residuo dandone comunicazione scritta al contraente. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, il contraente può ripristinare la copertura assicurativa per la prestazione principale residua, versando tutte le rate di premio dell'assicurazione principale non corrisposte senza interessi. Decorso tale termine, il contratto **si risolve definitivamente** e non è più ripristinabile. Le rate di premio non versate e i premi successivi sono riproporzionati in funzione del nuovo capitale assicurato.

Arbitrato in caso di controversie

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

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

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

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

Art. 6 - Malattie Gravi

Prestazione

Se l'assicurato denuncia l'insorgere di una delle Malattie Gravi previste dall'assicurazione complementare, Genertell*life* paga all'assicurato stesso un capitale pari a Euro 30.000,00, aggiuntivo rispetto a quello dell'assicurazione principale, a titolo di rimborso delle spese da sostenere per ricoveri, interventi chirurgici, visite specialistiche ed esami diagnostici. L'indennizzo viene corrisposto nella forma di una prestazione forfettaria predeterminata e che rimane costante per tutta la durata dell'assicurazione.

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

Sono considerate 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 e/o radioterapia e/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'AJCC Cancer Staging Manual.

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/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 90 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 dell'assicurazione

L'assicurazione complementare si risolve, non produce effetto e i relativi premi versati restano acquisiti da Genertel*life*:

- in caso di **sospensione del versamento** del premio relativo all'assicurazione principale;
- alla **scadenza** prestabilita dell'assicurazione complementare che coincide con la ricorrenza annuale del contratto successiva al raggiungimento dell'età assicurativa (→ Definizioni) di 65 anni dell'assicurato.

Denuncia, accertamento e riconoscimento della Malattia Grave

L'assicurato o un suo rappresentante è tenuto a **denunciare** per iscritto a Genertel*life* la Malattia Grave, entro 90 giorni dalla data di diagnosi della stessa, allegando³:

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

Genertel*life* si riserva di richiedere all'assicurato ulteriori informazioni e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

L'**accertamento** dell'**ictus** non può avvenire prima di 90 giorni dalla data dell'evento.

L'insorgenza della Malattia Grave e/o la presentazione della denuncia non determina automaticamente la sospensione del pagamento del premio dell'assicurazione complementare da parte del contraente. Se Genertel*life* riconosce la Malattia Grave, è tenuta a **rimborsare** al contraente il premio versato tra la data di diagnosi e quella di riconoscimento della Malattia Grave da parte di Genertel*life*.

A seguito del **riconoscimento** della Malattia Grave, Genertel*life* paga all'assicurato il capitale relativo all'assicurazione complementare indicato in polizza. Contestualmente tale assicurazione 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 assicurazioni previste.

Il decesso dell'assicurato, dovuto a una delle Malattie Gravi previste dall'assicurazione comporta il pagamento agli eredi dell'assicurato del capitale previsto per l'assicurazione complementare, oltre al pagamento ai beneficiari del capitale relativo all'assicurazione principale.

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

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

Se una Malattia Grave prevista dall'assicurazione si verifica durante il **periodo di carenza** (→ art. 11), l'assicurato è tenuto a darne comunicazione a Genertellife. In seguito a tale comunicazione, la garanzia Malattie Gravi si estingue e il relativo premio non è più dovuto. In tali ipotesi Genertellife restituisce al contraente i premi versati per l'assicurazione complementare al netto dei costi di cui all'art. 23 e delle imposte.

Arbitrato in caso di controversie

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

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 7 - Infortunio e Invalidità

Prestazioni

Se l'assicurato denuncia:

- un **infortunio** che ha avuto come conseguenza una **frattura o lussazione o ustione**, Genertellife paga all'assicurato un capitale stabilito, per ogni tipologia di lesione, fino a Euro 5.000,00, come indicato nella tabella sotto riportata;
- un **infortunio con invalidità superiore o uguale a 25%**, Genertellife paga all'assicurato un capitale pari a Euro 30.000,00.

Infortuni (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

Infortuni (Importi in Euro)

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 trasversi 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

L'assicurazione complementare **non è cumulabile** con altri contratti stipulati con Genertel*life* che assicurano contro lo stesso rischio, anche a fronte del versamento del premio.

In caso di più lesioni conseguenti ad uno stesso infortunio, Genertel*life* 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.

Esempio - Infortunio con più di una lesione

Nel caso in cui un singolo evento infortunistico abbia provocato le seguenti 2 lesioni:

- 1) Frattura Multipla del Femore (Euro 3.000,00)
- 2) Frattura Multipla di Tibia e Perone (Euro 2.500,00)

Essendo la somma delle prestazioni pari ad Euro 5.500,00 Genertel*life* indennizzerà l'assicurato per un importo totale pari a Euro 5.000.

Rimane valida l'assicurazione Infortunio con Invalidità superiore o uguale a 25% e il cliente pagherà solo la quota parte di premio relativa alla copertura rimasta in vigore.

Estinzione dell'assicurazione

L'assicurazione complementare si risolve, **non produce effetto** e i relativi premi versati restano acquisiti da Genertel*life*:

- in caso di **sospensione del versamento** del premio relativo all'assicurazione principale;
- alla **scadenza** prestabilita dell'assicurazione complementare che coincide con la ricorrenza annuale del contratto successiva al raggiungimento dell'età assicurativa (→ Definizioni) di 65 anni dell'assicurato.

Denuncia, accertamento e riconoscimento dell'Infortunio e Invalidità

L'assicurato o un suo rappresentante è tenuto a **denunciare** per iscritto a Genertellife l'Infortunio, entro 30 giorni da quando l'infortunio stesso si è verificato o l'assicurato ne ha avuto possibilità, indicando⁴:

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

e allegando:

- certificato medico attestante 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 attestante il grado di Invalidità permanente causato dall'Infortunio (nel caso di invalidità superiore o uguale a 25%).

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia dell'Infortunio può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione⁵.

Genertellife si riserva di richiedere all'assicurato ulteriori informazioni e ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie, nonché di accertare in ogni caso lo stato di invalidità con medici di sua fiducia relativamente alla prestazione Infortunio con invalidità maggiore o uguale a 25%.

Per l'**accertamento** dell'Infortunio:

- in caso di lussazione, deve essere eseguito un esame radiografico prima del riposizionamento dell'articolazione (c.d. riduzione), che deve effettuarsi in Istituto di cura da un medico. Sono escluse le lussazioni ad articolazioni che ne hanno già sofferta una in precedenza (c.d. recidive);
- in caso di frattura ossea, la frattura deve essere diagnosticata entro 15 giorni dalla data dell'infortunio.

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

- con frattura, lussazione o ustione, Genertellife paga all'assicurato il relativo capitale come da tabella sopra riportata e, successivamente, l'assicurazione complementare opera solo per un eventuale infortunio con invalidità maggiore o uguale a 25%. Il contraente pagherà pertanto solo il premio afferente l'assicurazione per infortunio con invalidità uguale o superiore al 25%;
- con Invalidità maggiore o uguale a 25%, Genertellife paga all'assicurato il capitale di Euro 30.000,00 e, contestualmente, l'assicurazione complementare Infortunio e Invalidità si estingue del tutto e il relativo premio non sarà più dovuto.

In entrambi i casi il contratto resta in vigore per le altre assicurazioni previste.

La presentazione della denuncia non determina automaticamente la sospensione del pagamento del premio relativo all'assicurazione complementare da parte del contraente. Se Genertellife riconosce l'Infortunio e/o l'Invalidità, è tenuta a **rimborsare** al contraente il premio versato tra la data dell'infortunio e quella di riconoscimento da parte di Genertellife.

Il rimborso del premio sarà quindi diverso a seconda del tipo di infortunio accertato:

- in caso di un Infortunio con frattura, lussazione o ustione Genertellife rimborserà al contraente la quota parte di premio relativa alla copertura per solo infortunio con invalidità minore a 25%;
- in caso di un Infortunio con Invalidità maggiore o uguale a 25%, Genertellife rimborserà al contraente la quota parte di premio dell'assicurazione complementare Infortunio e Invalidità.

Il decesso dell'assicurato, a seguito di Infortunio, comporta il pagamento agli eredi del capitale previsto per l'assicurazione complementare, oltre al pagamento ai beneficiari del capitale relativo all'assicurazione principale.

Esempio (Infortunio con Invalidità $\geq 25\%$ e Invalidità Totale Permanente)

Se l'assicurato denuncia un infortunio con conseguente invalidità permanente di 66 punti percentuali e ha acquistato contemporaneamente le garanzie complementari "Invalidità Permanente Totale" per un capitale assicurato di Euro 100.000,00 e "Infortunio e Invalidità", Genertellife paga all'assicurato Euro 100.000,00 + Euro 30.000,00 = Euro 130.000,00 relativi alle due garanzie complementari presenti in contratto.

⁴ È possibile utilizzare un modulo messo a disposizione da Genertellife.

⁵ Art.1915 del Codice Civile.

Arbitrato in caso di controversie

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

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

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

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

Opzioni contrattuali

Art. 8 - Instant Benefit

I LOVE prevede, senza alcun costo, la possibilità per i beneficiari di richiedere un'anticipazione della prestazione pari al 10% del capitale assicurato, a sostegno delle spese impreviste dovute al decesso dell'assicurato.

L'Instant Benefit è esercitabile entro 30 giorni dalla data di decesso dell'assicurato.

Tale opzione è esercitabile solo se:

- il contraente ha indicato, al momento della sottoscrizione della proposta o successivamente, al massimo 5 beneficiari persone fisiche;
- tali beneficiari sono indicati esclusivamente in modo puntuale (nome, cognome e codice fiscale);
- la somma da pagare è uguale o superiore a Euro 1.000,00 e inferiore a Euro 10.000,00.

Genertellife suddivide in parti uguali il capitale da anticipare e paga tali parti esclusivamente ai beneficiari (persone fisiche maggiorenni) che ne fanno richiesta.

La prestazione residua per il caso di decesso viene pagata con i tempi e le modalità previste dall'art. 13.

Art. 9 - Care Program

I LOVE prevede la possibilità per il contraente, al momento della sottoscrizione e successivamente ogni 24 mesi, di aderire ad un programma di prevenzione, promosso da Genertellife, che consente all'assicurato di effettuare periodicamente un *check-up*:

- gratuito, presso strutture convenzionate. Queste trasmettono gli esiti del *check-up* ad una struttura convenzionata indicata da Genertellife, per permettere all'assicurato di ottenere una valutazione del suo stato di salute metabolico;
- a pagamento, presso altre strutture. Il contraente deve trasmettere alla struttura convenzionata gli esiti del *check-up* al fine di ottenere una valutazione del suo stato di salute metabolico.

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.

Il Care Program permette:

- al contraente, di usufruire di **sconti** sul premio; nonché di usufruire dell'**Esonero Pagamento Premi** in caso di Invalidità Permanente da infortunio;
- all'assicurato, di usufruire del servizio di assistenza sanitaria attraverso l'utilizzo dell'applicazione **MyClinic**.

A seguito della dichiarazione di adesione al Care Program, Genertellife, anche per il tramite di Generali Welion S.c.a.r.l., società appartenente al Gruppo Generali, può contattare l'assicurato per fornire informazioni sul Care Program e procedere con l'eventuale prenotazione dei *check-up* presso le strutture convenzionate, se richiesto dall'assicurato.

Genertellife offre inoltre fin da subito, ad ogni contraente, un servizio di SMS e email che ricordano la possibilità di eseguire il *check-up* periodico e forniscono tutte le relative informazioni utili allo svolgimento del *check-up* stesso.

Il check up dovrà essere effettuato:

- in caso di adesione alla sottoscrizione del contratto: tra i 6 mesi antecedenti e i 6 mesi successivi alla decorrenza del contratto;
- in caso di adesione in corso di contratto: tra i 6 e 3 mesi antecedenti ogni ricorrenza biennale di polizza.

Le comunicazioni al contraente vengono inviate:

- alla sottoscrizione nel caso di adesione al Care Program in concomitanza della sottoscrizione del contratto;
- 6 mesi antecedenti ogni ricorrenza biennale del contratto, indipendentemente dall'adesione al Care Program.

Sconti

L'esecuzione regolare del *check-up* determina l'applicazione per 2 annualità di uno sconto, pari al 15% se l'assicurato è non fumatore o al 10% se l'assicurato è fumatore, sul premio annuale dell'assicurazione principale e, se attivata, dell'assicurazione complementare Invalidità Totale Permanente.

Tale sconto non si applica ad eventuali sovrappremi.

Se l'assicurato sceglie di effettuare il *check-up* presso strutture non convenzionate, è concesso un ulteriore sconto pari a Euro 30,00 a titolo di rimborso forfettario. Tale sconto è applicato esclusivamente sull'annualità di premio successiva. Se l'assicurato risulta il medesimo per più contratti, sottoscritti con Genertellife che prevedono il Care Program, è riconosciuto il rimborso di Euro 30,00 solo su uno dei contratti in vigore (sulla base della data di attivazione del contratto) per i quali le analisi rispettino le tempistiche precedentemente indicate.

Se il contraente dichiara di aderire al programma in fase di sottoscrizione del contratto, usufruisce dello sconto sulle prime 2 annualità di premio; se l'assicurato non ha effettuato/effettua il *check-up* tra i 6 mesi precedenti e i 6 mesi successivi alla data di sottoscrizione, lo sconto non è più riconosciuto sulla seconda annualità di premio.

Lo sconto di premio è valido per 2 annualità consecutive di contratto, al termine delle quali il premio deve essere versato senza sconti, a meno di rinnovo del *check-up* tra i 6 e i 3 mesi precedenti la scadenza dell'annualità.

La regolare esecuzione dei *check-up* previsti dal Care Program incide esclusivamente ai fini degli sconti sopra descritti. Gli esiti delle analisi non integrano le dichiarazioni e la documentazione fornita in fase di sottoscrizione della proposta e, pertanto, non sono in alcun modo presi in considerazione per modificare le condizioni di assunzione del rischio o per le valutazioni necessarie ai fini del pagamento della prestazione in caso di evento assicurato.

1. Adesione al Care Program, in fase di sottoscrizione, con *check-up* gratuito

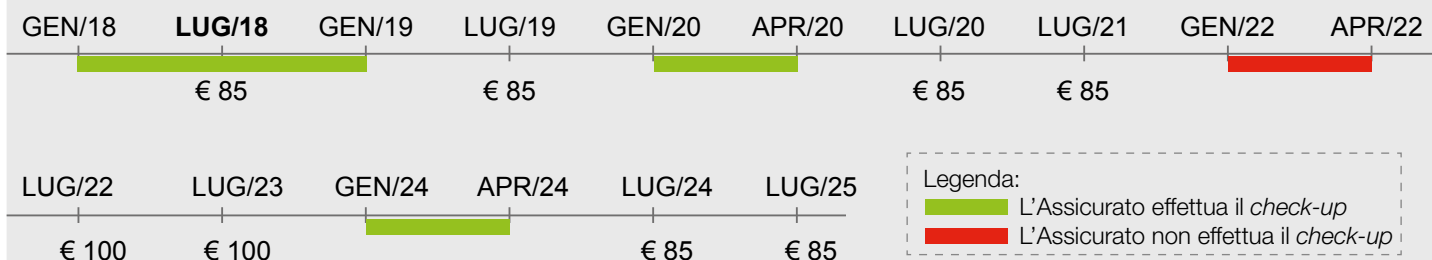
Data sottoscrizione contratto: **07/18**

Soggetto Non Fumatore Durata contratto: 10 anni

Premio annuo costante copertura base (senza adesione al Programma): 100,00 Euro

Primo premio annuo (da versare alla sottoscrizione) scontato: 85,00 Euro Secondo premio annuo scontato (Sconto 15%): 85,00 Euro

Ogni biennio l'assicurato potrà decidere di effettuare nuovamente il *check-up*; in conseguenza delle scelte dell'assicurato il premio continuerà ad essere pari a 85,00 Euro oppure diventerà pari a 100,00 Euro.



2. Adesione al Care Program, in fase di sottoscrizione, con *check-up* non convenzionato

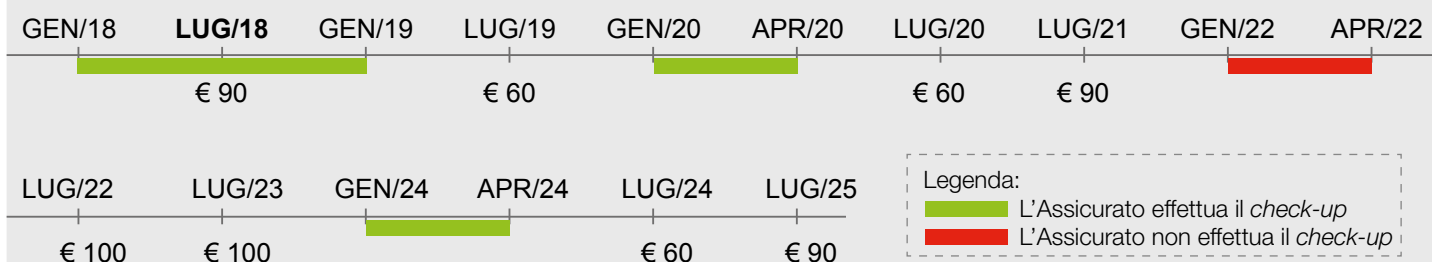
Data sottoscrizione contratto: **07/18**

Soggetto Fumatore Durata contratto: 10 anni

Premio annuo costante copertura base (senza adesione al Programma): 100,00 Euro

Primo premio annuo (da versare alla sottoscrizione) scontato: 90,00 Euro Secondo premio annuo scontato (10% e 30 Euro): 60,00 Euro

Ogni biennio l'assicurato potrà decidere di effettuare nuovamente il *check-up*; in conseguenza delle scelte dell'assicurato il premio continuerà ad essere pari a 90 Euro oppure diventerà pari a 100 Euro



Esonero Pagamento Premi

In caso di adesione al Care Program, se l'assicurato è colpito da Invalidità Totale Permanente da infortunio, il contraente è esonerato dal pagamento dei premi successivi previsti dal contratto, mantenendo comunque in vigore gratuitamente l'assicurazione principale e le eventuali ulteriori assicurazioni complementari rimaste attive, fino alla data di scadenza del contratto pattuita al momento della sottoscrizione.

L'Esonero Pagamento Premi è usufruibile solo se:

- l'evento Invalidità Totale Permanente da infortunio si verifica entro la conclusione dell'annualità contrattuale relativa al raggiungimento dell'età assicurativa (→ Definizioni) di 65 anni dell'assicurato;
- l'assicurato è in regola con le visite previste dal Care Program.

Per usufruire dell'esonero non è necessario aver sottoscritto l'assicurazione complementare Invalidità Totale Permanente e/o Infortunio e Invalidità.

Le modalità di denuncia dell'evento e il suo relativo accertamento da parte del Genertel/ife seguono le stesse regole dell'assicurazione complementare Invalidità Totale Permanente (→ art. 5).

Se si verifica l'Invalidità Totale Permanente da infortunio con Esonero Pagamento Premi, il Care Program non è più attivo né attivabile.

MyClinic

MyClinic è una piattaforma tecnologica, fornita da Europ Assistance Vai 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 fruire dei 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 fruibile a partire dal primo giorno del mese della successiva ricorrenza annuale del contratto.

Esempio fruibilità MyClinic

15/03/2019: adesione al care program

01/04/2019: l'assicurato si sottopone al *check-up* previsto dal care program

15/03/2021: rinnovo del care program previsto dopo due annualità, ma l'assicurato **non si sottopone** al *check-up*

L'accesso a My Clinic è **sospeso a partire dal 01/03/2021**. Nell'esempio non avendo eseguito il rinnovo del care program il 15/03/2021 non è più possibile usufruire del servizio.

	15/03/2019	15/03/2020	01/03/2021	15/03/2021	15/03/2022
VISITA MEDICA	SÌ			NO	
VALIDITÀ CARE PROGRAM	■	■	■	■	■
ACCESSO MYCLINIC	■	■	■	■	■

I servizi sono fruibili scaricando l'apposita App Genertel oppure accedendo alla propria area personale di Genertel//ife presente sul sito www.genertel//ife.it.

Genertel//ife 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 sono assicurabili le persone che alla sottoscrizione del contratto hanno un'età inferiore a 18 anni compiuti o un'età assicurativa superiore a 78 anni.

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

Non sono assicurabili le persone che alla sottoscrizione del contratto hanno un'età inferiore a 18 anni compiuti o un'età assicurativa superiore a 68 anni.

Assicurazione complementare Invalidità Totale Permanente

Non sono assicurabili le persone che alla sottoscrizione del contratto hanno un'età inferiore a 18 anni compiuti o un'età assicurativa superiore a 63 anni.

Assicurazione complementare Malattie Gravi

Non sono assicurabili le persone che alla sottoscrizione del contratto hanno un'età inferiore a 18 anni compiuti o un'età assicurativa superiore a 60 anni.

Assicurazione complementare Infortunio e Invalidità

Non sono assicurabili le persone che alla sottoscrizione del contratto hanno un'età inferiore a 18 anni compiuti o un'età assicurativa superiore a 63 anni.

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) attività dolosa del contraente o del beneficiario;
- c) partecipazione dell'assicurato a delitti dolosi;
- d) lesioni e/o malattie intenzionalmente procurati o dovuti a stato di ubriachezza e/o ad abuso di sostanze alcoliche, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili. Si considera stato di ubriachezza la presenza di valori di alcol nel sangue uguali o superiori a 150 mg/dl. Si ritiene che una persona faccia abuso di alcol quando il suo consumo di alcol giornaliero supera le 4 unità. Corrispondono a 1 unità di alcol le seguenti quantità: 1 bicchiere (125 ml) di vino; 1/2 pinta (300 ml) di birra a gradazione normale; 1 bicchierino (30 ml) di superalcolico;
- e) partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare, operazioni militari;
- f) 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 similari;
- g) eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni;

- h) guida di veicoli e natanti a motore senza patente specifica. È inclusa la copertura se la patente è scaduta da non più di 6 mesi;
- i) incidente di volo, se l'assicurato è a bordo di mezzi non autorizzati al volo o con pilota senza specifico brevetto, comunque è escluso il decesso causato da incidente di volo se l'assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- j) sport estremi, quali: bungee jumping, base jumping, parkour, free running, rooftopping, speed flying, speed riding, streeluge zorbing, down hill e tutti i tipi di skydiving sport (ad esempio: skysurfing - target jumping - swooping - wingsuit o tuta alare).

Inoltre, se il capitale assicurato è pari o superiore a Euro 1.000.000,00, è escluso anche il decesso causato da:

- k) incidente di volo, salvo se si tratta di volo operato da compagnia aerea di linea regolare e/o di volo aereo speciale (c.d. charter), noleggiato da una compagnia aerea di linea e/o non di linea. La copertura per l'incidente di volo su aerotaxi, elicottero e ogni altra tipologia di trasporto di persone a domanda, sia a titolo oneroso che gratuito, deve essere eventualmente accordata con appendice alla polizza.

Salvo deroghe espressamente accordate da Genertel^{life} e che potrebbero prevedere un aumento di premio, è inoltre escluso dall'assicurazione il decesso causato da:

- l) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- m) pratica di attività sportive professionistiche;
- n) pratica a livello agonistico di arti marziali e lotta come: pugilato, kickboxing, maui thai, wrestling, arti marziali, cagefighting e MMA (mixed martial arts);
- o) pratica delle seguenti attività sportive:
 - paracadutismo o di sport aerei in genere
 - immersioni subacquee non in apnea superiori a 40 m; immersioni subacquee in grotte, relitti, caverne;
 - scalate oltre il terzo grado, sci alpinismo, sci o snowboard acrobatico e/o estremo, sci fuoripista; speleologia;
 - torrentismo; tuffi da altezza superiore a 10 m; nuoto in mare aperto;
 - surf, sci d'acqua, windsurfing, boardsailing, kitesurfing, moto d'acqua o altri sports acquatici praticati non a livello dilettantistico;
 - vela transoceanica;
- p) attività professionale pericolosa, per tale intendendosi:
 - attività che comporta contatti con materie esplodenti, venefiche, chimiche o elettriche;
 - rimozione, bonifica, smaltimento dell'amianto;
 - lavori su impalcature o ponteggi 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;
 - attività subacquee in genere;
 - guardia giurata;
 - guida di veicoli superiori a 35 q di peso;
 - attività di operatore di pala meccanica;
 - viaggi all'estero in Paesi diversi da: Unione europea, Svizzera, Finlandia, Islanda, Norvegia, Groenlandia, Principato di Monaco, San Marino, Stato del Vaticano, Lussemburgo, Liechtenstein, Andorra, Stati Uniti d'America, Nuova Zelanda e Australia, Hong Kong, Singapore, Giappone, Regno Unito.

Limitazioni

Nei primi 6 mesi dall'entrata in vigore (cosiddetto "periodo di carenza"), la copertura è attiva solo in caso di decesso per conseguenza diretta di:

- infortunio, avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, fatta eccezione per quanto indicato nelle esclusioni, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che 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, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinica generalizzata, encefalite post vaccinica; inoltre shock anafilattico (malattia non infettiva) sopravvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.

Il periodo di carenza viene esteso a **5 anni** dall'entrata in vigore dell'assicurazione, se il decesso è dovuto a sindrome di

immunodeficienza acquisita (**AIDS**) o ad altra patologia ad essa collegata. Se l'assicurato si è sottoposto a visita medica, ma ha rifiutato di effettuare gli esami clinici richiesti e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, il periodo di carenza viene esteso a **7 anni**.

Nel periodo di carenza, in caso di decesso dell'assicurato, Genertell*ife* restituisce ai beneficiari i premi versati al netto dei costi di cui all'art. 23 e delle imposte.

La carenza viene eliminata se l'assicurato si sottopone a visita medica, accettandone modalità e oneri per l'esecuzione.

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

Esclusioni

Oltre alle esclusioni previste per l'assicurazione principale, l'assicurazione complementare non opera se:

- le lesioni che hanno causato il decesso hanno influito su condizioni fisiche o patologiche dell'assicurato, preesistenti o sopravvenute, o sulla loro evoluzione;
- il decesso avviene dopo un anno dal giorno delle lesioni.

Limitazioni

L'assicurazione complementare non prevede limitazioni.

Assicurazione complementare Invalidità Totale Permanente

Esclusioni

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

- autolesione, indipendentemente dallo stato di salute mentale nel momento in cui viene provocata; tentativo di suicidio; esposizione volontaria al pericolo, mentre il soggetto è mentalmente sano o insano, salvo atti commessi per dovere di umanità e solidarietà;
- 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.

Limitazioni

Valgono le stesse limitazioni previste per l'assicurazione principale.

Assicurazione complementare Malattie Gravi

Esclusioni

Oltre alle esclusioni previste per l'assicurazione principale valgono le seguenti 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;
- accidenti 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

Valgono le stesse limitazioni previste per l'assicurazione principale.

Assicurazione complementare Infortunio e Invalidità

Esclusioni

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

- autolesione, indipendentemente dallo stato di salute mentale nel momento in cui viene provocata; tentativo di suicidio; esposizione volontaria al pericolo, mentre il soggetto è mentalmente sano o insano, salvo atti commessi per dovere di umanità e solidarietà;
- 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.

Limitazioni

Valgono le stesse limitazioni previste per l'assicurazione principale.

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art. 12 - Dichiarazioni del contraente e dell'assicurato

La sottoscrizione del contratto è subordinata alla valutazione da parte di Genertellife dello stato di salute, tabagico e abitudini di vita dell'assicurato, che deve compilare un **questionario sanitario** (→ Definizioni).

In caso di capitale assicurato superiore a Euro 750.000,00, l'assicurato deve compilare anche un **questionario finanziario** (→ Definizioni).

Genertellife verificherà per ciascun assicurato la presenza di altri contratti di puro rischio stipulati con la Società stessa:

- se il cumulo di capitale assicurato per decesso e/o Invalidità Totale Permanente è superiore a Euro 250.000 verranno richiesti approfondimenti sanitari;
- se il cumulo di capitale assicurato per decesso è superiore a Euro 750.000 verrà richiesta anche la compilazione del questionario finanziario.

Per la copertura di alcune professioni e/o attività sportive svolte, è prevista la compilazione da parte dell'assicurato di un **questionario professionale e/o sportivo**.

Ai fini di un'esatta valutazione del rischio da parte di Genertellife, le dichiarazioni del contraente e dell'assicurato devono essere **veritiere, esatte e complete**.

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

A. quando esiste dolo o colpa grave⁶:

1. di annullare il contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
2. di rifiutare qualsiasi pagamento se l'evento assicurato si verifica prima che sia decorso il termine indicato;

B. quando non esiste dolo o colpa grave⁷:

1. di recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
2. di ridurre le prestazioni in proporzione della differenza tra il premio pattuito e quello che sarebbe stato applicato se si

⁶ Art. 1892 del Codice Civile.

⁷ Art. 1893 del Codice Civile.

fosse conosciuto il vero stato delle cose, se l'evento assicurato si verifica prima che Genertellife abbia conosciuto il vero stato delle cose o abbia dichiarato di voler recedere dal contratto.

L'inesatta indicazione dell'età dell'assicurato può comportare la rettifica dei premi o delle prestazioni, ossia il loro ricalcolo sulla base dell'età corretta, o l'eventuale risoluzione del contratto.

Se l'assicurato, dichiaratosi non fumatore al momento della sottoscrizione, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, lo stesso o il contraente è tenuto a darne comunicazione scritta entro 30 giorni a Genertellife. In tal caso Genertellife applica un sovrappremio.

Se si verifica un evento assicurato, Genertellife verifica l'effettivo persistere dello stato di non fumatore dell'assicurato, che deve preventivamente consentire a Genertellife tutte le indagini che essa ritenga necessarie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Se Genertellife verifica lo stato di fumatore dell'assicurato, senza che la Stessa abbia ricevuto comunicazione in merito o prima che, informata del nuovo stato di fumatore, abbia dichiarato di voler recedere dal contratto, la prestazione è ridotta come al punto B.2 sopra.

Ai sensi di legge⁸ eventuali **cambiamenti di professione o di attività sportiva**, indicati all'art.11, **devono essere comunicati dall'assicurato o dal contraente per iscritto a Genertellife** affinché questa, entro 15 giorni, possa dichiarare al contraente se intende:

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

Se Genertellife 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 o meno la modifica. In caso di mancata accettazione, l'assicurazione cessa automaticamente alla scadenza dell'ultima annualità per la quale è stato versato il premio.

La mancata pronuncia del contraente nel termine sopra indicato equivale all'accettazione della modifica comunicata da Genertellife.

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

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

Art. 13 - Richieste di pagamento a Genertellife

Tutte le richieste di pagamento devono essere inviate in forma scritta⁹ a Genertellife, accompagnate da:

- documenti necessari per verificare l'obbligo di pagamento e per individuare i beneficiari;
- documento di identità e codice fiscale del richiedente (se non già presentati o scaduti);
- coordinate bancarie del conto corrente di ciascun beneficiario su cui effettuare il pagamento¹⁰;
- in caso di beneficiari minorenni o incapaci: dichiarazione del Giudice Tutelare che indichi la persona autorizzata all'incasso.

Le informazioni per la redazione delle richieste si possono trovare sul sito internet di Genertellife (www.genertellife.it).

Documenti necessari per **pagamenti per decesso dell'assicurato** (in originale o in copia conforme all'originale)¹¹:

- certificato di morte;
- 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, in caso di procedimento penale copia degli atti più significativi;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva autenticata¹² dell'atto di notorietà, da cui risulti:

⁸ Art. 1926 del Codice Civile.

⁹ La comunicazione va inviata a Genertellife S.p.A., Via Ferretto 1, 31021 Mogliano Veneto (TV).

¹⁰ In caso di mancanza di conto corrente può essere effettuato il pagamento tramite assegno circolare.

¹¹ È possibile utilizzare un modulo messo a disposizione da Genertellife.

¹² Redatta in conformità all'art. 21 c. 2 del D.P.R. 445/2000, cioè con firma autenticata da un pubblico ufficiale.

- se il contraente, quando è anche assicurato, ha lasciato o meno testamento;
 - che il testamento è l'ultimo, è valido, e non è stato impugnato;
 - l'indicazione degli eredi legittimi e testamentari del contraente, se i beneficiari in caso di decesso sono indicati in modo generico;
- copia conforme del verbale di pubblicazione del testamento olografo o dell'atto di registrazione del testamento pubblico.

Genertellife si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione qualora il singolo caso presenta particolari esigenze istruttorie.

Per i **pagamenti relativi all'opzione Instant Benefit** (→ art. 8), è sufficiente inviare quanto di seguito elencato all'indirizzo e-mail instant_benefit@genertellife.it:

- copia conforme all'originale del certificato di morte;
- copia di un documento identificativo del beneficiario;
- coordinate bancarie del conto corrente su cui effettuare il pagamento;
- intestatario del conto corrente.

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

- entro 5 giorni lavorativi a partire dal giorno della ricezione della documentazione completa, se essa perviene entro le ore 11:00;
- entro 6 giorni lavorativi a partire dal giorno della ricezione della documentazione completa, se essa perviene dopo le ore 11:00.

Genertellife esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa; dopo tale termine sono dovuti gli interessi legali.

Si vedano gli artt. 5, 6 e 7 per i documenti necessari per **pagamenti relativi alle assicurazioni complementari**:

- Invalidità Totale Permanente
- Malattie Gravi
- Infortunio e Invalidità.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 14 - Piano di versamento dei premi

ILOVE prevede per l'**assicurazione principale** (→ art. 2) il versamento, in rate anticipate per l'intera durata del contratto, di una successione di **premi annui di importo costante**, il primo alla conclusione del contratto e i successivi a ogni ricorrenza annuale (→ Definizioni) che precede la data di scadenza o di decesso.

Il premio è determinato in base all'ammontare del capitale assicurato, alla durata del contratto, all'età assicurativa (→ Definizioni) dell'assicurato, al suo stato di salute, allo stato di fumatore/non fumatore, alle attività professionali/sportive svolte e abitudini di vita e all'eventuale presenza di sconti (in caso di adesione al Care Program → art. 9).

L'importo annuo minimo del premio dell'assicurazione principale deve essere pari ad Euro 100,00, prima dell'applicazione di eventuali sconti.

Per le **assicurazioni 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.

I premi possono essere frazionati in rate mensili o semestrali. In tal caso il premio annuo viene maggiorato degli interessi di rateizzazione (addizionali di frazionamento → art. 23).

Il premio è comprensivo di imposta se sono presenti le assicurazioni complementari facoltative.

Genertellife si riserva la possibilità di applicare un sovrappremio a fronte delle dichiarazioni rilasciate dall'assicurato in fase di stipula sul suo stato di salute e le attività professionali/sportive svolte.

Art. 15 - Mezzi di versamento del premio

Il versamento del primo premio, per qualsiasi frazionamento prescelto, può avvenire con:

- bonifico bancario su conto corrente intestato a Genertell*life*;
- carta di credito (solo per premi annui pari o inferiori a Euro 1.000,00).

Il versamento dei premi successivi può avvenire con:

- autorizzazione permanente di addebito diretto su conto corrente (SDD)
- bollettino di versamento bancario (MAV).

In caso di frazionamento mensile, il versamento del premio può avvenire esclusivamente mediante addebito diretto su conto corrente (SDD).

In caso di estinzione del conto corrente bancario è possibile, previa comunicazione scritta a Genertell*life*, concordare con la stessa una diversa modalità di versamento del premio.

Non è possibile versare i premi in contanti.

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

Se non è versata anche una sola rata di premio, passati 30 giorni dalla data stabilita per il suo versamento, il contratto si risolve e **i premi versati sono acquisiti** da Genertell*life*.

A giustificazione del mancato versamento del premio il contraente non può, in nessun caso, opporre che Genertell*life* non gli ha inviato avvisi di scadenza.

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

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

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

La riattivazione è possibile solo dopo che sono stati versati i premi arretrati, aumentati degli interessi legali calcolati dalla relativa data di scadenza alla data di riattivazione.

La riattivazione del contratto ripristina (con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il versamento dell'ammontare dovuto) i valori contrattuali delle prestazioni come se non si fosse verificata l'interruzione del piano di versamento dei premi.

Art. 18 - Contact Plan

Genertell*life* verifica mensilmente che il contratto risulti in regola con i versamenti dei premi. Se il piano di versamenti risulta interrotto, nel caso in cui il contraente e l'assicurato siano la stessa persona, per accertare lo stato in vita dell'assicurato ed eventualmente contattare i beneficiari in caso di decesso, Genertell*life* mette in atto il seguente piano di azioni:

1. ricerca telefonica del contraente;
2. se la ricerca telefonica non ha dato esito, eventuale sollecito in forma scritta dopo un mese;
3. se neanche il sollecito scritto ha dato esito, eventuale richiesta scritta all'Ufficio Anagrafe del Comune di residenza dell'assicurato circa lo stato in vita del medesimo.

Il Contact Plan si interrompe se:

- l'assicurato non risulta residente presso il Comune a cui Genertell*life* si è rivolta;
- l'ufficio anagrafe richiede un esborso economico da parte di Genertell*life* per fornire l'informazione richiesta.

In caso di accertato decesso dell'assicurato, avvenuto durante la vigenza del contratto, Genertell*life* provvede a informare i beneficiari indicati in polizza dell'esistenza della stessa.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 19 - Durata

La durata del contratto è scelta dal contraente tra un minimo di 2 ed un massimo di 30 annualità. L'età assicurativa (→ Definizioni) massima dell'assicurato a scadenza del contratto è pari a 80 anni.

La durata delle assicurazioni complementari facoltative coincide con la durata del contratto, ma cessa anticipatamente al superamento dell'età assicurativa massima dell'assicurato alla scadenza stabilita per ciascuna assicurazione, che coincide con la ricorrenza annuale del contratto successiva al compimento dell'età assicurativa massima dell'assicurato prevista per singola assicurazione. In tal caso non è più dovuto alcun premio relativo alle assicurazioni complementari.

Art. 20 - Conclusione ed entrata in vigore del contratto

Conclusione del contratto

Il contratto è concluso quando Genertel*life* ha rilasciato la polizza (→ Definizioni) al contraente o gli ha inviato assenso scritto alla proposta di assicurazione (→ Definizioni).

Entrata in vigore

Il contratto entra in vigore, se è stato versato il premio, alle ore 24 della data di decorrenza (→ Definizioni) 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.

In caso di versamento con bonifico bancario, il premio si intende versato nel giorno di effettivo accredito sul conto corrente intestato a Genertel*life*.

Se tra la data di versamento e il giorno di accredito cambia l'età assicurativa (→ Definizioni) dell'assicurato, il contraente deve versare a Genertel*life* la differenza tra il premio inizialmente versato e il premio calcolato in base alla nuova età. In caso di pagamento tramite Carta di Credito, il premio si intende versato nel giorno in cui viene effettuato il pagamento.

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?

Art. 21 - Recesso

Il contraente può recedere **entro 30 giorni** dalla conclusione del contratto, inviando una lettera raccomandata a Genertel*life*¹³.

Dalla data di ricevimento della lettera raccomandata indicato dal timbro postale, il contraente e Genertel*life* sono liberi da ogni obbligo contrattuale.

Genertel*life* 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 dal ricevimento della lettera raccomandata di recesso.

SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI? SI 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).

¹³ Art. 1926 del Codice Civile.

Art. 23 - Costi

Sono previsti i seguenti **costi gravanti sul premio**:

Caricamenti	
Cifra fissa	30 Euro
Valore percentuale (calcolato sul premio al netto della cifra fissa)	10,00%

In caso di frazionamento del premio, si applicano le **addizionali di frazionamento** secondo la seguente tabella:

Frazionamento del premio	Addizionale di frazionamento
Annuale	0,00%
Semestrale	2,00%
Mensile	4,50%

Il contratto prevede **costi per accertamenti medici** da effettuarsi obbligatoriamente nei seguenti casi:

- capitali assicurati superiori a Euro 250.000,00 per l'assicurazione principale;
- capitali assicurati superiori a Euro 250.000,00 per l'assicurazione complementare Invalidità Totale Permanente;
- età assicurativa (→ Definizioni) dell'assicurato superiore a 60 anni;
- richiesta del contraente di copertura assicurativa senza applicazione del periodo di carenza di 6 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione (→ art. 11).

Il costo degli accertamenti - pari alla tariffa applicata dal medico o dalla struttura sanitaria cui l'assicurato si è rivolto - è a carico del contraente.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI AL CONTRATTO

Art. 24 - Beneficiario

Il contraente indica il beneficiario; può modificare l'indicazione in ogni momento, comunicandola in forma scritta a Genertellife o per testamento.

L'indicazione non può essere modificata:

- dopo che contraente e beneficiario hanno dichiarato in forma scritta Genertellife, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo il decesso del contraente;
- dopo che, deceduto l'assicurato, il beneficiario ha comunicato in forma scritta a Genertellife di volersi avvalere del beneficio.

In questi casi ogni variazione che influisce sui diritti del beneficiario ne richiede l'assenso scritto.

Diritto proprio del beneficiario

Il beneficiario acquisisce un diritto proprio alle prestazioni dell'assicurazione¹⁴.

Quanto gli viene pagato a seguito del decesso dell'assicurato non rientra nell'asse ereditario.

Per le **assicurazioni complementari** Invalidità Totale Permanente, Malattie Gravi e Infortunio e Invalidità, **il beneficiario è l'assicurato**, senza possibilità di modifica.

Art. 25 - Cessione, pegno e vincolo

Il contraente può cedere ad altri il contratto, darlo in pegno e vincolare le prestazioni. Questi atti sono efficaci nei confronti di Genertellife solo con l'annotazione su apposita appendice (→ Definizioni).

¹⁴ Art. 1920 del Codice civile.

In caso di pegno o vincolo, ogni operazione che riduce l'efficacia delle suddette garanzie richiede l'assenso scritto del pignoratario (chi beneficia del pegno) o vincolatario (chi beneficia del vincolo).

Art. 26 - Non pignorabilità e non sequestrabilità

Nei limiti di legge¹⁵ le somme dovute da Genertell*life* al contraente o al beneficiario non possono essere pignorate né sequestrate.

Art. 27 - Foro competente

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

Per queste controversie, l'azione giudiziale è possibile dopo aver tentato la mediazione depositando un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice competente per territorio di cui al comma precedente¹⁶.

Le istanze di mediazione nei confronti di Genertell*life* devono essere inoltrate per iscritto a:

Genertell*life* S.p.A.
Unità Affari Legali
via Ferretto 1, 31021 Mogliano Veneto (TV).

Art. 28 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali

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

Art. 29 - Rinvio alle norme di legge

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

¹⁵ Art. 1923 del Codice Civile.

¹⁶ Artt. 4 e 5 del D.Lgs. 4.3.2010, così come modificato dalla Legge 9.8.2013 n. 98.

ALLEGATO 1

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

Gentile cliente, 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 Società 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 e s.m.i.

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, 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. 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.
4. I fiduciari di trust espressi, disciplinati ai sensi della legge 16 ottobre 1989, n. 364, 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 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 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 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.

Persone politicamente esposte

Art. 1, comma 2, lettera dd) del D.Lgs. 231/07 e s.m.i.

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 al-

- tri 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. 231/2007 e s.m.i.

6. 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

L'identificazione del titolare effettivo ha luogo, senza che sia necessaria la sua presenza fisica, sulla base dei dati identificativi forniti dal cliente ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs.231/07. All'atto dell'identificazione il cliente deve dichiarare se il rapporto continuativo è instaurato per conto di un altro soggetto e deve fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo. Le operazioni riconducibili a un rapporto continuativo, che soddisfino i requisiti d'importo normativamente previsti, si presumono effettuate per conto del cliente intestatario del rapporto continuativo o dell'eventuale titolare effettivo del rapporto stesso, salva diversa indicazione del cliente. Per ogni singola operazione posta in essere in relazione ad un rapporto continuativo il cliente è tenuto a dichiarare se sia effettuata per conto di titolari effettivi diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo ed a fornire tutte le relative indicazioni necessarie per la loro identificazione. Nel quadro del controllo costante, le imprese valutano eventuali elementi che inducono a ritenere che il cliente stia operando per conto di soggetti diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo o dell'effettuazione dell'operazione. In relazione alle situazioni concrete, è possibile che vi siano molteplici titolari effettivi; in tali casi, gli adempimenti vanno espletati per ciascun titolare effettivo.

Art. 1, comma 2, lett. pp) del D.Lgs. 231/07 e s.m.i.

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 istaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

Art. 20 del D.Lgs. 231/07 e s.m.i.

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 e s.m.i.

1. 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) (ovvero di identificazione del cliente e del titolare effettivo, verifica dell'identità del cliente, del titolare effettivo e dell'esecutore, acquisizione e valutazione di informazioni sullo scopo e sulla natura del rapporto continuativo), 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.
2. I soggetti obbligati si astengono dall'instaurare il rapporto continuativo o eseguire operazioni e pongono fine al rapporto continuativo già in essere di cui siano, direttamente o indirettamente, parte società fiduciarie, trust, società anonime o controllate attraverso azioni al portatore aventi sede in Paesi terzi ad alto rischio. Tali misure si applicano anche nei confronti delle ulteriori entità giuridiche, altrimenti denominate, aventi sede nei suddetti Paesi, di cui non è possibile identificare il titolare effettivo né verificarne l'identità.

Sanzioni penali

Art. 55, co. 1, 2 e 3 del D. Lgs. 231/2007 e s.m.i.

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 2

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 personali ⁽¹⁾, da Lei forniti, anche nel caso di registrazione in audio/videoconferenza, o acquisiti da terzi, sono trattati da Genertellife S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) quale Titolare, nell'ambito della consulenza e 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 e la Sua propensione al rischio, al fine di prestarle consulenza ⁽²⁾;
- (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 alla lettera (iv) e (vi) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e 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 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, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti da Genertel e Genertellife;
- 2) per l'invio di comunicazioni commerciali, compimento di ricerche di mercato e rilevazione di qualità, anche mediante tecniche di comunicazione a distanza quali email, sms, instant messaging e notifiche via app, relativamente ai prodotti e servizi offerti dalle Società del Gruppo Generali.

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, Genertellife S.p.A., Via Ferretto 1, 31021 Mogliano Veneto; e-mail: privacy@genertellife.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 Incaricati del 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 stessa ⁽⁴⁾ 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.genertellife.it.

Il sito www.genertellife.it riporta ulteriori notizie in merito alle politiche Privacy della Compagnia, tra cui la policy sull'utilizzo dei cookie di profilazione, impiegati per migliorare l'esperienza di navigazione sul sito e sull'app e per promuovere prodotti e servizi. Accettando la cookie policy presente nel banner, Lei autorizza Genertellife all'uso dei cookie e al loro trasferimento ai nostri partner di tracking on line, che per la Compagnia eseguono i seguenti trattamenti:

- tracciano le visite al sito e all'app dalle differenti fonti per controllarne il corretto funzionamento (per es. dove si interrompe il processo di preventivazione) e per finalità statistiche (le pagine più viste, i device più utilizzati, ecc), per servizi pubblicitari e di profilazione;
- supportano l'attività di accertamento della responsabilità in caso di eventuali illeciti, in particolare di natura informatica, ai danni del sito, dell'app o dei clienti della Compagnia;
- personalizzano i contenuti del sito web e dell'app in funzione della navigazione dell'utente e del suo comportamento.

NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, immagine, audio acquisiti durante l'audio/videoconferenza, 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 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 /consorzi (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.



Genertellife S.p.A. – Sede legale e Direzione Generale via Ferretto, 1 – 31021 Mogliano Veneto (Tv) – tel. 041 5939701
Capitale sociale € 168.200.000,00 int. ver. - Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00141 - Codice fiscale e Registro Imprese di Treviso-Belluno 00979820321 - partita iva 01333550323 - c.p. 51 - 31021 Mogliano Veneto (Tv) p.t. - Società unipersonale appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 026, e soggetta alla direzione ed al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. - genertellife@pec.genertellife.it - www.genertellife.it