

Assicurazione temporanea caso morte
a premio annuo e a capitale costante

iLove



Il presente set informativo contiene:

1. Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo (**DIP Vita**)
2. Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativo (**DIP aggiuntivo Vita**)
3. **Condizioni di Assicurazione**, comprensive delle definizioni
4. **Allegati**

01/07/2024

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

Assicurazione temporanea in caso di morte

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

genertel

Impresa: Genertel S.p.A.

Prodotto: iLove

Data di realizzazione del documento: 01/07/2024 (il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile)

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Assicurazione temporanea in caso di morte.

 Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
<p>PRESTAZIONE PRINCIPALE Prestazione in caso di decesso</p> <p>I LOVE prevede, a fronte del versamento di un premio annuo costante, in caso di decesso dell'assicurato, una prestazione in forma di capitale costante per tutta la durata dell'assicurazione che non può essere superiore a € 2.000.000,00. Il capitale assicurabile massimo senza visita medica è di € 250.000,00. Il capitale effettivamente assicurato è indicato in polizza.</p> <p>COPERTURE COMPLEMENTARI (facoltative)</p> <p>Su richiesta del contraente, è possibile attivare una o più delle seguenti coperture complementari:</p> <p>a) Prestazione in caso di decesso Copertura in caso di decesso da infortunio e/o in caso di decesso da incidente stradale sino ad un massimo di € 1.000.000,00.</p> <p>b) Prestazione in caso di invalidità Copertura in caso di Invalidità Totale Permanente da qualsiasi causa sino ad un massimo di € 500.000,00.</p> <p>c) Prestazione in caso di malattia grave Copertura in caso di insorgenza di Malattia Grave per un capitale forfettario di € 30.000,00.</p> <p>d) Prestazioni in caso di infortunio Copertura in caso di infortunio che comporti fratture, ustioni o lussazioni sino ad un massimo di € 5.000,00. Copertura in caso di invalidità permanente da infortunio per un capitale forfettario di € 30.000,00.</p> <p>Le coperture complementari sono prestate per le somme assicurate indicate in polizza.</p>	<p>PRESTAZIONE PRINCIPALE</p> <ul style="list-style-type: none">× Persone che alla sottoscrizione hanno un'età inferiore a 18 anni o un'età superiore/uguale a 78 anni e 6 mesi. <p>COPERTURE COMPLEMENTARI</p> <p><u>Prestazione in caso di decesso</u></p> <ul style="list-style-type: none">× Persone che alla sottoscrizione del contratto hanno un'età inferiore a 18 anni o un'età superiore/uguale a 68 anni e 6 mesi. <p><u>Prestazione in caso di invalidità</u></p> <ul style="list-style-type: none">× Persone che alla sottoscrizione del contratto hanno un'età inferiore a 18 anni o un'età superiore/uguale a 63 anni e 6 mesi. <p><u>Prestazione in caso di malattia grave</u></p> <ul style="list-style-type: none">× Persone che alla sottoscrizione del contratto hanno un'età inferiore a 18 anni o un'età superiore/uguale a 60 anni e 6 mesi. <p><u>Prestazioni in caso di infortunio</u></p> <ul style="list-style-type: none">× Persone che alla sottoscrizione del contratto hanno un'età inferiore a 18 anni o un'età superiore/uguale a 63 anni e 6 mesi.
<p>OPZIONI CONTRATTUALI</p> <p>“Instant Benefit” Consente un'anticipazione del 10% della prestazione in caso di decesso per un minimo di €1.000,00 sino ad un massimo di €10.000,00.</p> <p>“Care Program” Programma che consente di:</p> <ul style="list-style-type: none">• ottenere sconti sul premio pagato;• usufruire di servizi di assistenza sanitaria;	<p> Ci sono limiti di copertura?</p> <p>Esclusioni per specifiche cause di decesso:</p> <ul style="list-style-type: none">! suicidio nei primi 2 anni o nei primi 12 mesi in caso di riattivazione! delitti dolosi del contraente, assicurato o beneficiario! partecipazione ad atti di guerra, terrorismo, tumulto popolare! eventi nucleari! guida di veicoli e natanti senza patente! incidenti di volo su mezzi o con piloti non autorizzati! sport estremi! attività professionale e/o sportiva pericolosa <p>Limitazioni di copertura in assenza di visita medica:</p> <ul style="list-style-type: none">! 6 mesi (salvo in caso di decesso per infortunio o per determinate malattie infettive) <p>Sono presenti ulteriori specifiche esclusioni e limitazioni per le coperture complementari.</p>

- beneficiare dell'esonero pagamenti premi se l'assicurato è colpito da Invalidità Totale Permanente per infortunio.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione copre il rischio in tutto il mondo tranne nei Paesi in cui c'è una situazione di guerra, dichiarata o non dichiarata, o guerra civile: la copertura non opera se l'assicurato si trova già nel territorio interessato dagli atti di guerra e il decesso avviene dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità, o se l'assicurato si reca in un Paese dove c'è già una situazione di guerra o simili.



Che obblighi ho?

Le dichiarazioni del contraente e dell'assicurato devono essere veritiere, esatte e complete in merito allo stato di salute, allo stato tabagico, alla professione e agli sport praticati e, laddove previsto, al questionario finanziario.

L'assicurato deve compilare il questionario sanitario e sottoporsi ad ulteriori accertamenti sanitari se richiesti da Genertel; per capitali assicurati superiori a € 750.000,00 deve inoltre compilare il questionario finanziario. L'assicurato, nel corso dell'intera durata del contratto, è tenuto a comunicare eventuali modifiche allo stato di fumatore e di professione/sport praticati che aggravino il rischio assunto da Genertel.

Tutte le richieste di pagamento devono essere inviate in forma scritta a Genertel accompagnate da documento di identità e codice fiscale dell'avente diritto, certificato/autocertificato di morte, documentazione sanitaria, informazioni e documentazione relative al testamento e all'individuazione dei beneficiari.

Tutte le richieste di pagamento per le prestazioni complementari devono essere inviate in forma scritta a Genertel accompagnate dalla relativa documentazione specifica.



Quando e come devo pagare?

Il premio è determinato in base all'ammontare del capitale assicurato, alla durata del contratto, all'età assicurativa 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.

È previsto il versamento di premi annui di importo costante per l'intera durata contrattuale. Il versamento del primo premio può essere effettuato con bonifico bancario o con carta di credito. Il versamento dei premi successivi può avvenire con addebito diretto sul conto corrente (SDD).

Il contraente può versare il premio annuo in più rate; in tal caso il premio viene maggiorato del 2,00% in caso di rateazione semestrale e del 4,5% in caso di rateazione mensile. In caso di frazionamento mensile il versamento del premio può avvenire esclusivamente mediante addebito diretto sul conto corrente (SDD).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura principale ha durata minima di 2 anni e massima di 30 anni. L'età massima dell'assicurato a scadenza è inferiore a 80 anni e 6 mesi.

Per le coperture complementari la durata minima è di 2 anni e la durata massima è di 30 anni.

Per le coperture complementari Malattie Gravi, Invalidità Totale Permanente ed Infortunio l'età massima dell'assicurato a scadenza è inferiore a 65 anni e 6 mesi.

Per la copertura complementare in caso di decesso da infortunio e in caso di decesso da incidente stradale l'età massima dell'assicurato a scadenza è inferiore a 70 anni e 6 mesi.

Il contratto è concluso quando Genertel ha rilasciato al contraente il documento di polizza o il contraente ha ricevuto l'assenso scritto di Genertel alla proposta. Il contratto entra in vigore, se è stato versato il premio, alle ore 24 della data di decorrenza indicata nel documento di polizza. 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. Se tra la data di versamento e il giorno di accredito cambia l'età assicurativa dell'assicurato, il contraente deve versare a Genertel 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 revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Finché il contratto non è concluso, il contraente può revocare la proposta di assicurazione inviando una raccomandata a Genertel.

Il contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data della sua conclusione inviando una raccomandata a Genertel.

Il contraente può risolvere il contratto sospendendo il versamento dei premi.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Non sono previsti valori di riscatto o riduzione.

In caso di interruzione del versamento dei premi il contratto può essere riattivato.

Assicurazione temporanea in caso di morte

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

genertel

Impresa: Genertel S.p.A.

Prodotto: iLove

Data di realizzazione del documento: 01/07/2024 (il DIP Aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile)

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Genertel S.p.A. è una società appartenente al Gruppo Generali; la sede legale è in Via Machiavelli, 4 - 34132 Trieste - ITALIA; recapito telefonico: +39 040 202020; sito internet: www.genertel.it; indirizzo di posta elettronica: AssistenzaclientiVita@genertel.it, indirizzo PEC: genertel@pec.genertel.it

La Compagnia, iscritta al Registro delle Imprese della Venezia Giulia al n. 00320160237, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966. È iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.00012, appartiene al Gruppo Generali, iscritto all'Albo IVASS dei gruppi assicurativi al n. 26, ed è soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste.

Patrimonio netto della Società al 31/12/2023: 341.362.105 euro, di cui 145.141.520 euro relativi al Capitale Sociale e 141.005.798 euro al totale delle riserve patrimoniali. Indice di solvibilità: 195% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili (830.819.730,27 euro) e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità (243.687.656,17 euro) richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1 gennaio 2016). Requisito Patrimoniale minimo: 109.659.445,27 euro. La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet: <https://www.genertel.it/chi-siamo>.

NOTA: Dati patrimoniali e SFCR da bilancio 31/12/2023 di Genertel S.p.A. Info e aggiornamenti a seguito delle operazioni societarie che hanno interessato la Società con effetto 1/7/2024 saranno disponibili su www.genertel.it.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

PRESTAZIONE PRINCIPALE

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

COPERTURE COMPLEMENTARI (facoltative)

Su richiesta del contraente la prestazione principale può essere integrata, al momento della sottoscrizione del contratto, dalle seguenti coperture complementari:

a) Prestazione in caso di decesso

- Copertura in caso di decesso da infortunio e in caso di morte da incidente stradale: Genertel si impegna a pagare un capitale aggiuntivo rispetto alla prestazione principale in caso di decesso così rappresentato:
 - decesso da infortunio: capitale aggiuntivo pari al capitale assicurato della prestazione principale. Tale capitale aggiuntivo in ogni caso non può essere superiore ad € 500.000,00;
 - decesso da infortunio da incidente stradale: capitale aggiuntivo pari al doppio del capitale assicurato della prestazione principale. Tale capitale aggiuntivo in ogni caso non può essere superiore ad € 1.000.000,00.

b) Prestazione in caso di invalidità

- Copertura in caso di Invalidità Totale Permanente è prevista una delle due seguenti prestazioni:
 - Formula base: anticipo del capitale della prestazione principale, sino ad un massimo di € 500.000,00;
 - Formula raddoppio: anticipo del capitale della prestazione principale, più pagamento di un capitale aggiuntivo pari al capitale della prestazione principale, sino ad un massimo di € 500.000,00 totali (Capitale principale + Capitale aggiuntivo).

c) Prestazione in caso di malattia grave

- Copertura in caso di insorgenza di Malattia Grave: è previsto un capitale forfettario pari a € 30.000,00, in caso di insorgenza di selezionati casi di Cancro, Ictus e Infarto.

d) Prestazione in caso di infortunio

- Copertura in caso di infortunio: in caso di infortunio, è previsto il pagamento di un capitale pari a € 30.000,00 in caso di evento da infortunio che abbia come conseguenza il riconoscimento di un'invalidità permanente di almeno 25 punti percentuali, e di un capitale forfettariamente predeterminato nel caso di eventi da infortunio che abbiano come conseguenza una frattura, ustione o lussazione sino al raggiungimento del massimale pari a € 5.000,00.

Le coperture sono prestate per il capitale assicurato indicato in polizza per ciascuna prestazione.

OPZIONI CONTRATTUALI

Instant Benefit

Consente al beneficiario di richiedere un'anticipazione della prestazione in caso di decesso dell'assicurato pari al 10% del capitale assicurato. Tale opzione è esercitabile entro 30 giorni dalla data di decesso dell'assicurato qualora questa avvenga successivamente all'eventuale periodo di limitazione della garanzia. I beneficiari non possono essere più di 5 e devono essere indicati in modo puntuale.

Instant Benefit non è richiedibile qualora la cifra risultasse inferiore ad € 1.000,00; la somma anticipata non può comunque superare € 10.000,00.

Care Program

Un programma che permette di:

- usufruire, per due annualità di contratto, di uno sconto del 15% per gli assicurati Non Fumatori o del 10% per gli assicurati Fumatori sul premio della prestazione principale e, se scelta, della complementare Invalidità Totale Permanente;
- mantenere attive gratuitamente le garanzie presenti in polizza qualora l'assicurato denunci un' Invalidità Totale Permanente da infortunio entro la conclusione dell'annualità relativa al compimento del 65-esimo anno di età.
- usufruire del servizio di assistenza medica.

È possibile aderire al Care Program al momento della sottoscrizione del contratto ed ogni 24 mesi dalla sottoscrizione stessa.

Esonero Pagamenti 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.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

PRESTAZIONE PRINCIPALE

Esclusioni per specifiche cause di decesso

È' escluso dall'assicurazione il decesso causato da:

- suicidio, se avviene nei primi 2 anni dell'assicurazione o nei primi 12 mesi di eventuale riattivazione;
- attività dolosa del contraente o del beneficiario;
- partecipazione dell'assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare, operazioni militari;
- partecipazione non attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o guerra civile, se:
 - o l'assicurato si trova già nel territorio interessato dagli atti di guerra e il decesso avviene dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
 - o al momento dell'arrivo dell'assicurato in un paese c'è una situazione di guerra o similari;

- eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni;
- 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;
- incidente di volo, se l'assicurato è a bordo di mezzi non autorizzati al volo o con pilota senza specifico brevetto;
- sport estremi, quali: bungee jumping, base jumping, parkour, free running, free-climbing, rooftopping, speed flying, speed riding, streetluge zorbing, down hill e tutti i tipi di skydiving sport (ad esempio: skysurfing - target jumping - swooping - wingsuit o tuta alare).

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

- pratica delle seguenti attività sportive:

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

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 (compreso Covid-19), 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.

Nel periodo di carenza, in caso di decesso dell'assicurato, Genertel restituisce ai beneficiari i premi versati al netto dei costi e delle imposte.

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

COPERTURE COMPLEMENTARI

a) Prestazione in caso di decesso

Esclusioni

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

- in caso di contaminazione chimica, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- in caso di stato di ubriachezza (per tale intendendosi il superamento del tasso alcolemico previsto dal Codice della Strada ai fini dell'applicazione delle sanzioni ivi previste), intossicazioni per abuso di psicofarmaci e per uso di sostanze stupefacenti o allucinogene o comunque condizioni psico-fisiche alterate;
- se le lesioni che hanno causato il decesso hanno influito su condizioni fisiche o patologiche dell'assicurato, preesistenti o sopravvenute, o sulla loro evoluzione;
- se il decesso avviene dopo un anno dal giorno delle lesioni.

Limitazioni

L'assicurazione complementare non prevede limitazioni

b) Prestazione in caso di invalidità

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:

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

Limitazioni

Valgono le stesse limitazioni previste per la copertura principale.

c) Prestazione in caso di malattia grave

Esclusioni

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 la copertura principale.

d) Prestazione in caso di infortunio

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:

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

Limitazioni

Non sono previste limitazioni.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro:

tutte le richieste di pagamento devono essere inviate in forma scritta a Genertel, accompagnate dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare i beneficiari.

Alla richiesta devono essere allegati per ciascun beneficiario:

- documento di identità valido e codice fiscale del richiedente;
- coordinate bancarie (codice IBAN) del conto corrente di ciascun beneficiario su cui effettuare il pagamento.
- in caso di beneficiari minorenni o incapaci: dichiarazione del Giudice Tutelare che indichi la persona autorizzata all'incasso.

Documenti necessari per pagamenti per decesso dell'assicurato

- certificato di morte o, se gli aventi diritto sono gli eredi, autocertificazione sottoscritta da un erede attestante il decesso dell'assicurato;
- 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;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà da cui risulti:

- se il contraente, quando è anche assicurato, ha lasciato o meno testamento;

- che il testamento pubblicato è l'ultimo, valido e non è stato impugnato;

- l'indicazione degli eredi legittimi e/o 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.

Documenti necessari per pagamenti per Invalidità Totale Permanente dell'assicurato

Il pagamento della prestazione è subordinato all'invio per iscritto di:

- 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.

Documenti necessari per pagamenti per insorgenza di Malattia Grave

	<p>Se viene diagnosticata all'assicurato una delle malattie previste dalla copertura, l'assicurato o un suo rappresentante deve darne avviso a Genertel per iscritto inviando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p><u>Documenti necessari per pagamenti per Infortunio dell'assicurato</u></p> <p>L'assicurato o un suo rappresentante è tenuto a denunciare per iscritto a Genertel l'Infortunio, indicando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • luogo, giorno e ora dell'evento; • cause che lo hanno determinato; • attività svolta in quel momento; <p>e allegando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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%). <p>Genertel si riserva la facoltà di indicare tempestivamente l'ulteriore documentazione da fornire se il singolo caso presenta particolari esigenze istruttorie.</p> <p><u>Documentazione in caso di esercizio dell'opzione Instant Benefit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • certificato di morte o, se il beneficiario è un erede, autocertificazione sottoscritta dal beneficiario attestante il decesso dell'assicurato; • copia di un documento identificativo del beneficiario; • coordinate bancarie del conto corrente su cui effettuare il pagamento; • intestatario del conto corrente. <p>E' sufficiente inviare tali documenti all'indirizzo e-mail instant_benefit@genertel.it</p>
	<p>Prescrizione:</p> <p>i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono dopo 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui ciascun diritto si fonda; decorso inutilmente tale termine le somme maturate saranno devolute all'apposito fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi di quanto previsto dalla legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.</p>
	<p>Liquidazione della prestazione:</p> <p>Genertel esegue i pagamenti entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Nel caso di dichiarazioni inesatte e/o di reticenze per le quali Genertel 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, Genertel ha diritto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • quando esiste dolo o colpa grave: <ul style="list-style-type: none"> ◦ di annullare il contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; ◦ di rifiutare qualsiasi pagamento se l'evento assicurato si verifica prima che sia decorso il termine indicato • quando non esiste dolo o colpa grave: <ul style="list-style-type: none"> ◦ di recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; ◦ di ridurre le prestazioni in proporzione della differenza tra il premio pattuito e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, se l'evento assicurato si verifica prima che Genertel abbia conosciuto il vero stato delle cose o abbia dichiarato di voler recedere dal contratto. <p>L'inesatta indicazione dell'età dell'assicurato comporta in ogni caso la rettifica dei premi e delle prestazioni assicurate</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	Il premio è comprensivo di imposta se presenti le coperture complementari.
Rimborso	Non sono previste forme di rimborso dei premi versati.
Sconti	<p>Ai clienti di iLove vengono applicati sconti di premio nel caso in cui si aderisca al Care Program e sia in regola con le visite previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15% per gli assicurati Non Fumatori • 10% per gli assicurati Fumatori. <p>Tale sconto è applicato, per due annualità, esclusivamente al premio relativo alla prestazione principale e, se selezionata, al premio relativo alla copertura complementare per il caso di invalidità.</p> <p>Possano essere applicati ulteriori sconti di premio sulla base di specifiche iniziative di carattere commerciale.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	Non prevista.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	Finché il contratto non è concluso, il contraente può revocare la proposta di assicurazione inviando a Genertel una raccomandata con l'indicazione di tale volontà. Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di revoca, Genertel restituisce al contraente gli importi eventualmente già versati.
Recesso	<p>Il contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data della sua conclusione inviando a Genertel una raccomandata con l'indicazione di tale volontà. Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso Genertel rimborsa al contraente il premio versato, diminuito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • delle eventuali imposte; • della parte relativa al rischio assunto per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto.
Risoluzione	Il mancato versamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti da Genertel.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	<p>Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.</p> <p>In caso di interruzione del piano di versamento dei premi il contratto può essere riattivato entro 1 anno dalla data di scadenza della prima rata di premio non corrisposta, previo versamento di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi legali.</p> <p>Se però sono trascorsi più di 6 mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire solo tramite espressa richiesta scritta del contraente ed accettazione scritta di Genertel, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere tenendo conto del loro esito.</p> <p>La riattivazione del contratto ripristina – con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il versamento dell'ammontare dovuto – le prestazioni assicurate ai valori contrattuali come se non si fosse verificata l'interruzione del piano di versamento dei premi.</p>
Richiesta di informazioni	Non essendo previsti riscatti o riduzioni non sono disponibili informazioni.



A chi è rivolto questo prodotto?

ILOVE è un prodotto assicurativo rivolto a clienti con esigenze di protezione. Il prodotto è rivolto ad assicurati che alla

sottoscrizione del contratto hanno un'età superiore/uguale a 18 anni e inferiore a 78 anni e 6 mesi.

Le coperture complementari sono rivolte ad assicurati che alla sottoscrizione del contratto rientrano nelle seguenti fasce di età:

- a) copertura in caso di decesso da infortunio e in caso di incidente stradale: superiore/uguale a 18 anni e inferiore a 68 anni e 6 mesi;
- b) coperture in caso di Infortunio e Invalidità Totale Permanente: superiore/uguale a 18 anni e inferiore a 63 anni e 6 mesi;
- c) copertura in caso di insorgenza di Malattia Grave: superiore/uguale a 18 anni e inferiore a 60 anni e 6 mesi.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Caricamenti	
Cifra fissa	€ 30,00
Costi percentuali	10,00%

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

Addizionali di frazionamento (in caso di rateazione inferiore all'anno)	
Semestrale	2,0%
Mensile	4,5%

Se è richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'assicurato mediante visita medica, il relativo costo - pari alla tariffa applicata dal medico, o dalla struttura, cui si è rivolto l'assicurato stesso - è a carico del contraente.

Se il cliente ha aderito al Care Program ed effettua le analisi richieste presso struttura non convenzionata, il costo è a carico del cliente e Genertel corrisponde a titolo di rimborso la cifra di € 30,00.

Costi per l'esercizio delle opzioni

L'esercizio di tutte le opzioni è gratuito.

Costi di intermediazione

Non previsti.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice

Eventuali reclami relativi al contratto o a un servizio assicurativo, inerenti l'Impresa o un suo Intermediario, devono essere trasmessi per iscritto a Genertel con una delle seguenti modalità:

- per posta a "Genertel S.p.A. – Tutela Rischi – Unità Quality - Via Machiavelli, 4 34132 Trieste"
- via mail al seguente indirizzo: reclami@genertel.it
- tramite la pagina dedicata nel sito della Compagnia, cui si rimanda anche per maggiori approfondimenti: <https://www.genertel.it/reclami>

La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Servizio Tutela Rischi - Unità Quality. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni.

All'IVASS

Nel caso in cui il reclamo presentato a Genertel abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it.

Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i consumatori – Reclami".

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- a) Nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) Individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) Breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) Copia del reclamo presentato alla Compagnia o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito;
- e) Ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, prevista dalla legge come condizione per le controversie in materia assicurativa. È possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Genertel.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm).

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Il contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni in vigore in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza/domicilio o della sede in Italia fatta dal contraente quando sottoscrive la proposta o la polizza.</p> <p>Il contraente si impegna a comunicare entro 30 giorni a Genertel 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 Genertel, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza/domicilio.</p> <p>Detrazione fiscale dei premi</p> <p>Il premio destinato alla copertura caso morte o caso invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%) dell'assicurato dà diritto ad una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal contraente, secondo i livelli massimi di detraibilità previsti dalla normativa vigente. Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'assicurato, se diverso dal contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo. Il premio destinato alla copertura denominata "Infortuni" non risulta detraibile.</p> <p>Imposta sui premi relativi alle assicurazioni complementari infortuni e malattie</p> <p>I premi corrisposti per le assicurazioni complementari infortuni e malattie sono soggetti ad una imposta del 2,50%.</p> <p>Tassazione delle prestazioni assicurate</p> <p>Le somme dovute da Genertel in dipendenza dell'assicurazione sulla vita qui descritta sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni; se corrisposte a persone giuridiche costituiscono reddito d'impresa.</p>
---	---

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Assicurazione temporanea caso morte
a premio annuo e a capitale costante

iLove



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.



Ultimo aggiornamento
01/07/2024



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
Assicurazioni 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	5
Art. 5 Invalidità Totale Permanente	5
Art. 6 Malattie Gravi	8
Art. 7 Infortunio e Invalidità	10
Opzioni contrattuali	14
Art. 8 Instant Benefit	14
Art. 9 Care Program	14
Che cosa non è assicurato?	18
Art. 10 Persone non assicurabili	18
Ci sono limiti di copertura?	18
Art. 11 Esclusioni e limitazioni	18
Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	21
Art. 12 Dichiarazioni del contraente e dell'assicurato	21
Art. 13 Richieste di pagamento a Genertel	23
Quando e come devo pagare?	24
Art. 14 Piano di versamento dei premi	24
Art. 15 Mezzi di versamento del premio	24
Art. 16 Interruzione del piano di versamento dei premi: risoluzione	25
Art. 17 Ripresa del piano di versamento dei premi: riattivazione	25
Art. 18 Contact Plan	25
Quando comincia la copertura e quando finisce?	26
Art. 19 Durata	26
Art. 20 Conclusione ed entrata in vigore del contratto	26
Come posso recedere dal contratto?	26
Art. 21 Recesso	26
Sono previsti riscatti e riduzioni? SÌ NO	26
Art. 22 Riscatto e riduzione	26
Quali costi devo sostenere?	26
Art. 23 Costi	26
Altre disposizioni applicabili al contratto	27
Art. 24 Beneficiario	27
Art. 25 Cessione, pegno e vincolo	27
Art. 26 Non pignorabilità e non sequestrabilità	28
Art. 27 Foro competente	28
Art. 28 Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali	28
Art. 29 Rinvio alle norme di legge	28
Allegato 1	29
Allegato 2	32



Definizioni

Definiamo i principali termini utilizzati:

› **Appendice**

Documento che è parte integrante del contratto, emesso insieme o in seguito, per modificarne alcuni aspetti concordati tra Genertel 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.

› **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 Genertel 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 Genertel.

› **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 Genertel 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.



› **CHE COSA È
ASSICURATO / QUALI
SONO LE PRESTAZIONI?**

Art. 1 - Oggetto del contratto

I LOVE prevede un'**assicurazione principale** per la quale, a fronte dei premi versati dal contraente (→ Definizioni), Genertel 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 Genertel 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)
- **Invalità Totale Permanente** (→ art. 5)
- **Malattie Gravi** (→ art. 6)
- **Infortunio e Invalità** (→ 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**, Genertel 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. Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili, che hanno come conseguenza il decesso.

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 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 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:

- 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 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 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'ul-

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).



tima 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 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.

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 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 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 **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 **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 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:

- in caso di **sospensione del versamento** del premio relativo all'assicurazione principale;
- alla **scadenza** prestabilita dell'assicurazione complementare che coincide con la ricorrenza an-



nuale 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 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 che, in ogni caso, **non può superare i 6 mesi**.

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

La presentazione della denuncia non determina automaticamente la sospensione del pagamento del premio dell'assicurazione complementare da parte del contraente. Se Genertel 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 Genertel.

Cessazione dello stato di invalidità e ripristino della copertura

Se lo stato di Invalidità Totale Permanente non perdura, Genertel 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 (Genertel 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

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



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, Genertel 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 Genertel 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:

- 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 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 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 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.

A seguito del **riconoscimento** della Malattia Grave, Genertel 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 paga ai beneficiari la sola prestazione prevista dall'assicurazione principale.

Se una Malattia Grave prevista dall'assicurazione si verifica durante il **periodo di carenza** (→ art. 11), l'assicurato è tenuto a darne comunicazione a Genertel. In seguito a tale comunicazione, la garanzia Malattie Gravi si estingue e il relativo premio non è più dovuto. In tali ipotesi Genertel 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 (Genertel e il contraente) possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad

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



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**, Genertel 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 permanente superiore o uguale a 25%**, Genertel paga all'assicurato un capitale pari a Euro 30.000,00.

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili, che hanno come conseguenza una frattura o lussazione o ustione o un'invalidità permanente pari o superiore al 25%.

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


INFORTUNI (IMPORTI IN EURO)

Tutti gli altri tipi di fratture (singola anche scomposta o multipla purché composta, l'indennizzo si riferisce al singolo osso)	500,00
Ossa della mano (carpo e metacarpo escluse le ossa delle dita)	
Frattura di uno o più ossa che compongono il carpo e/o il metacarpo che necessiti di intervento chirurgico	1.000,00
Frattura di uno o più ossa che compongono il carpo e/o il metacarpo che non necessiti di intervento chirurgico	500,00
Ossa delle dita	
Frattura di una o più falangi che necessiti di intervento chirurgico	750,00
Fratture di almeno 3 falangi che non necessiti di intervento chirurgico	500,00
Ossa del bacino - tratto sacrale della colonna vertebrale	
Anca e/o coccige	
Frattura che necessiti di intervento chirurgico	4.000,00
Frattura che non necessiti di intervento chirurgico	2.000,00
Tratto sacrale della colonna vertebrale	
Frattura del corpo/anello vertebrale	4.000,00
Fratture di uno o più processi 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 che assicurano contro lo stesso rischio, anche a fronte del versamento del premio.

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

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



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 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:

- 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 Genertel 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.

Genertel 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.

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

⁵ Art.1915 del Codice Civile.



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

- con frattura, lussazione o ustione, Genertel paga all'assicurato il relativo capitale come da tabella 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%, Genertel 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 Genertel 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 Genertel.

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

- in caso di un Infortunio con frattura, lussazione o ustione Genertel 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%, Genertel 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", Genertel paga all'assicurato Euro 100.000,00 + Euro 30.000,00 = Euro 130.000,00 relativi alle due garanzie complementari presenti in contratto.

Arbitrato in caso di controversie

In caso di controversie di natura medica sull'Infortunio e Invalidità, le parti (Genertel 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.

Genertel 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 Genertel, 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 Genertel, 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, Genertel, 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.

Genertel 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 Genertel 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

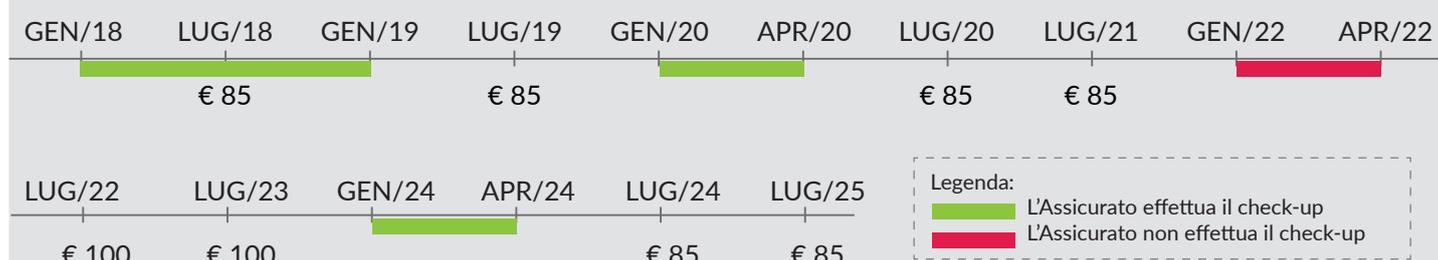
Data sottoscrizione contratto: 07/18

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 con-



- trattuale 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 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	SI			NO	
VALIDITÀ CARE PROGRAM	Green	Green	Green	Red	Red
ACCESSO MYCLINIC	Green	Green	Red	Red	Red

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

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

› CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 10 - Persone non assicurabili

Assicurazione principale

Non 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:

- 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) partecipazione attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare, operazioni militari;
- e) partecipazione non attiva dell'assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o guerra civile, se:
 - l'assicurato si trova già nel territorio interessato dagli atti di guerra e il decesso avviene dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
 - al momento dell'arrivo dell'assicurato in un Paese, c'è una situazione di guerra o similari;
- f) eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni;
- g) 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;
- h) incidente di volo, se l'assicurato è a bordo di mezzi non autorizzati al volo o con pilota senza specifico brevetto;
- i) sport estremi, quali: bungee jumping, base jumping, parkour, free running, free-climbing, rooftopping, speed flying, speed riding, streetluge zorbing, down hill e tutti i tipi di skydiving sport (ad esempio: skysurfing - target jumping - swooping - wingsuit o tuta alare).

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

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

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 (compreso Covid-19), 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.

Nel periodo di carenza, in caso di decesso dell'assicurato, Genertel 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:

- in caso di contaminazione chimica, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- in caso di stato di ubriachezza (per tale intendendosi il superamento del tasso alcolemico previsto dal Codice della Strada ai fini dell'applicazione delle sanzioni ivi previste), intossicazioni per abuso di psicofarmaci e per uso di sostanze stupefacenti o allucinogene o comunque condizioni psico-fisiche alterate;
- se le lesioni che hanno causato il decesso hanno influito su condizioni fisiche o patologiche dell'assicurato, preesistenti o sopravvenute, o sulla loro evoluzione;
- se 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:

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

Limitazioni

Valgono le stesse limitazioni previste per l'assicurazione principale.

Assicurazione complementare Malattie Gravi

Esclusioni

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 T1aNOMO;
- tumori della vescica istologicamente descritti come in stadio uguale o inferiore a T1NOMO;
- 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:

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

Limitazioni

L'assicurazione complementare non prevede limitazioni.

› **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 Genertel 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).



Genertel 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 Invalità 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 Genertel, 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 Genertel 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, Genertel 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 fosse conosciuto il vero stato delle cose, se l'evento assicurato si verifica prima che Genertel 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 Genertel. In tal caso Genertel applica un sovrappremio.

Se si verifica un evento assicurato, Genertel verifica l'effettivo persistere dello stato di non fumatore dell'assicurato, che deve preventivamente consentire a Genertel tutte le indagini che essa ritenga necessarie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Se Genertel 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 attività sportiva**, indicati all'art.11, **devono essere comunicati dall'assicurato o dal contraente per iscritto a Genertel** affinché questa, entro 15 giorni, possa dichiarare al contraente se intende:

- a) far cessare gli effetti dell'assicurazione;
- b) ridurre il capitale assicurato;

⁶ Art. 1892 del Codice Civile.

⁷ Art. 1893 del Codice Civile.

⁸ Art. 1926 del Codice Civile.



c) aumentare il premio dovuto.

Se Genertel comunica l'intenzione di voler modificare il contratto come ai punti b) e c), il contraente entro i 15 giorni successivi deve dichiarare se accetta 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 Genertel.

In deroga all'art.1926 del Codice Civile non devono essere comunicati eventuali cambiamenti di professione svolta dall'assicurato e che possano aggravare il rischio assunto da Genertel. In caso di decesso causato dallo svolgimento di una professione pericolosa intrapresa successivamente alla stipula, l'assicurazione è comunque operante.

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

Il contraente si impegna a comunicare entro 30 giorni a Genertel 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 Genertel, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza/domicilio.

Art. 13 - Richieste di pagamento a Genertel

Tutte le richieste di pagamento devono essere inviate in forma scritta⁹ a Genertel, 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 Genertel (www.genertel.it).

Documenti necessari per **pagamenti per decesso dell'assicurato**¹¹:

- certificato di morte o, se gli aventi diritto sono gli eredi, autocertificazione sottoscritta da un erede attestante il decesso dell'assicurato; l'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione a Genertel a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione;
- relazione del medico curante sulle cause e circostanze del decesso e sulle condizioni di salute e abitudini di vita dell'assicurato;
- se il decesso è dovuto a una causa diversa dalla malattia: verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e verbale dell'autopsia se eseguita, in caso di procedimento penale copia degli atti più significativi;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà¹², da cui risulti:
 - se il contraente, quando è anche assicurato, ha lasciato o meno testamento;
 - che il testamento pubblicato è l'ultimo, valido e non è stato impugnato;
 - l'indicazione degli eredi legittimi e/o 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.

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

⁹ La comunicazione va inviata a Genertel S.p.A., Via Marocchessa 14, 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 Genertel.

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



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

- certificato di morte o, se il beneficiario è un erede, autocertificazione sottoscritta dal beneficiario attestante il decesso dell'assicurato; l'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione a Genertel a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione;
- 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.

Genertel 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

I LOVE 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.

Genertel 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 Genertel;
- 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).

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 Genertel, 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 Genertel.

A giustificazione del mancato versamento del premio il contraente non può, in nessun caso, opporre che Genertel 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 Genertel, 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

Genertel 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, Genertel 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 Genertel si è rivolta;
- l'ufficio anagrafe richiede un esborso economico da parte di Genertel per fornire l'informazione richiesta.

In caso di accertato decesso dell'assicurato, avvenuto durante la vigenza del contratto, Genertel 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 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.

Se tra la data di versamento e il giorno di accredito cambia l'età assicurativa (→ Definizioni) dell'assicurato, il contraente deve versare a Genertel 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 Genertel¹³.

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

Genertel rimborsa al contraente i premi versati, diminuiti:

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

Il rimborso avviene entro 30 giorni dal ricevimento della lettera raccomandata di recesso.

› **SONO PREVISTI
RISCATTI E RIDUZIONI?**

SÌ NO

Art. 22 - Riscatto e riduzione

Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.

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

› **QUALI COSTI DEVO
SOSTENERE?**

Art. 23 - Costi

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

¹³ La raccomandata va inviata a Genertel S.p.A., Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto - TV.



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 Genertel o per testamento.

L'indicazione non può essere modificata:

- dopo che contraente e beneficiario hanno dichiarato in forma scritta a Genertel, 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 Genertel 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, presentando autocertificazione di esistenza in vita dell'assicurato, se diverso dal contraente (e, in caso di cessione

¹⁴ Art. 1920 del Codice civile.



ne, dal cessionario, cioè chi beneficia della cessione). L'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione a Genertel a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione. Questi atti sono efficaci nei confronti di Genertel solo se annotati su appendice (→ Definizioni). 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 Genertel 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 Genertel devono essere inoltrate per iscritto a:

Genertel S.p.A.

Via Machiavelli, 4 - 34132 Trieste (TS).

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

Genertel non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa o pagare la prestazione espone Genertel a sanzioni anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, 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 altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
 - 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
 - 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
 - 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
- 2) sono familiari di persone politicamente esposte:
 - 2.1 i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
 - 3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
 - 3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
 - 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Art. 24 comma 6 del D.lgs. 231/2007 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 instaurato, 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 Genertel S.p.A. (di seguito anche la Compagnia) quale Titolare, nell'ambito dei servizi assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore Suo o di terzi da Lei designati/ indicati:

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

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

Utilizzo dei dati per fini di ricontatto

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

Utilizzo dei dati a fini commerciali e di profilazione commerciale

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

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

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

Diritti dell'interessato

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



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

Tempi di conservazione dei dati

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

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

Comunicazione dei Dati

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

Trasferimento dei dati all'estero

I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della 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.genertel.it.

NOTE:

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

*Generali Italia, Alleanza Assicurazioni, Jeniot, Welion

INFORMATIVA SUL DISTRIBUTORE

All. 3 Reg. Ivass 2 agosto 2018 n. 40

Il distributore ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente il presente documento, prima della sottoscrizione della prima proposta o, qualora non prevista, del primo contratto di assicurazione), di metterlo a disposizione mediante apparecchiature tecnologiche, oppure di pubblicarlo su un sito internet ove utilizzato per la promozione e collocamento di prodotti assicurativi. In occasione di rinnovo o stipula di un nuovo contratto il distributore consegna o trasmette le informazioni di cui all'Allegato 3 solo in caso di successive modifiche di rilievo delle stesse.

GENERTEL S.p.A. iscritta all'Albo delle Imprese al n. 1.00012

Sezione I - Informazioni generali sull'impresa che opera in qualità di distributore

Gli estremi identificativi dell'impresa possono essere verificati consultando il sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

Genertel S.p.A, Società iscritta al Registro delle Imprese della Venezia Giulia al n. 00320160237, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966. È iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.00012, appartiene al Gruppo Generali, iscritto all'Albo IVASS dei gruppi assicurativi al n. 26, ed è soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste. Sede legale Via Machiavelli, 4 - 34132 Trieste - ITALIA; recapito telefonico: +39 040 202020; sito internet: www.genertel.it; indirizzo di posta elettronica: AssistenzaclientiVita@genertel.it, indirizzo PEC: genertel@pec.genertel.it

Sezione II - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

a) Il contraente ha la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto all'Impresa sulla base dei recapiti indicati sul DIP aggiuntivo di prodotto.

Il cliente, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro il termine massimo di quarantacinque giorni¹, può rivolgersi all'IVASS, o alla CONSOB secondo quanto indicato nei DIP aggiuntivi consegnati prima della sottoscrizione del contratto.

b) la facoltà per il contraente di avvalersi di altri eventuali sistemi di risoluzione delle controversie previsti dalla normativa vigente indicati nei DIP aggiuntivi.

1 Salva la sospensione del termine per un massimo di 15 giorni nel caso di reclamo relativo al comportamento di un intermediario e/o dei suoi dipendenti e collaboratori.

INFORMAZIONI SULLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO NON-IBIP

All. 4 Reg. Ivass 2 agosto 2018 n. 40

Il distributore ha l'obbligo di consegnare o trasmettere al contraente, prima della sottoscrizione di ciascuna proposta o contratto assicurativo, il presente documento, che contiene notizie sul modello e l'attività di distribuzione, sulla Consulenza.

GENERTEL S.P.A. iscritta all'Albo delle Imprese al n. 1.00012

Sezione I - Informazioni sull'attività di distribuzione e consulenza

Genertel S.p.A.

- a) fornisce una consulenza ai sensi dell'articolo 119-ter, comma 3, del Codice, ovvero una raccomandazione personalizzata
- b) nell'ambito dell'attività di consulenza svolta valuta le informazioni acquisite dal contraente/assicurato rispetto alle esigenze dallo stesso manifestate, al fine di proporre il prodotto più indicato
- c) fornisce ogni altra informazione utile a garantire il rispetto delle regole di trasparenza previste dall'articolo 119-bis, comma 7, del Codice.

Sezione II - Informazioni relative alle remunerazioni

Il personale dipendente di Genertel S.p.A, direttamente coinvolto nella distribuzione del contratto di assicurazione in qualità di addetto al contact center vendita, percepisce la remunerazione regolamentata dalle tabelle stipendiali del Ccnl; ad essa si aggiunge un compenso variabile composto da provvigioni di acquisto sui contratti perfezionati. Non è previsto il percepimento di alcun incentivo per la distribuzione di uno specifico prodotto assicurativo. Tale attività concorre al raggiungimento di obiettivi quantitativi definiti per aggregato di prodotti e parametri qualitativi, al raggiungimento dei quali conseguono ulteriori compensi.

Trasparenza dell'integrazione dei rischi di sostenibilità

Il Gruppo Generali ha preso parte a diverse iniziative volte a promuovere un'economia globale sostenibile, sottoscrivendo, tra gli altri, il Global Compact delle Nazioni Unite ed aderendo ai Principi delle Nazioni Unite per l'Investimento Responsabile (PRI).

In ossequio a tali impegni, il Gruppo Generali integra gli aspetti ambientali, sociali e di governance all'interno delle scelte di investimento, nell'ottica di ottimizzare i rendimenti, influenzare positivamente gli stakeholder, rafforzare la propria reputazione e aumentare il valore sociale.

Il Gruppo Generali identifica e valuta il "rischio di sostenibilità", ovvero un evento o una condizione di tipo ambientale, sociale o di governance che, qualora si verifici, potrebbe avere un impatto negativo, effettivo o potenziale, sul valore o sulla performance degli investimenti.

Tale valutazione, finalizzata a minimizzare gli impatti negativi sopra citati, viene condotta prendendo in considerazione:

- (i) i rischi legati al mancato rispetto dell'ambiente, quali l'assoggettamento a sanzioni o a costi legati alla bonifica o ad altri rimedi di un danno ambientale;
- (ii) i rischi reputazionali derivanti dall'inosservanza dei diritti umani o dei diritti del lavoro;
- (iii) i rischi di governance societaria, laddove l'assenza di procedure di controllo potrebbe dare luogo a casi di corruzione con effetti negativi diretti e indiretti sugli utili d'impresa.

L'offerta dei prodotti assicurativi avviene attraverso un servizio di consulenza volto a raccomandare ai potenziali clienti i prodotti che incontrano i bisogni dagli stessi espressi. In tale fase, considerato che tutti i prodotti del catalogo seguono il processo di investimento adottato dalla Compagnia finalizzato anche ad individuare e valutare i rischi di sostenibilità relativi agli investimenti sottostanti, l'attività del consulente si concentra sulla scelta del prodotto adeguato a soddisfare i bisogni espressi dal cliente.

ELENCO DELLE REGOLE DI COMPORTAMENTO DEL DISTRIBUTORE

All. 4 TER Reg. Ivass 2 agosto 2018 n. 40

Il distributore ha l'obbligo di mettere a disposizione del pubblico il presente documento mediante apparecchiature tecnologiche. Nel caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza, il distributore consegna o trasmette al contraente il presente documento prima della sottoscrizione della proposta o del contratto di assicurazione.

GENERTEL S.P.A. iscritta all'Albo delle Imprese al n. 1.00012

Sezione I - Regole generali per la distribuzione di prodotti assicurativi

- a.** obbligo di consegna al contraente dell'allegato 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, prima della sottoscrizione della prima proposta o del primo contratto di assicurazione, di metterlo a disposizione del pubblico nei locali del distributore, anche mediante apparecchiature tecnologiche, e di pubblicarlo sul sito internet, ove esistente
- b.** obbligo di consegna dell'allegato 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, prima della sottoscrizione di ciascuna proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto di assicurazione
- c.** obbligo di consegnare copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia della polizza e di ogni altro atto o documento sottoscritto dal contraente
- d.** obbligo di proporre o raccomandare contratti coerenti con le richieste e le esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente o dell'assicurato, acquisendo a tal fine, ogni utile informazione
- e.** se il prodotto assicurativo risponde alle richieste ed esigenze, obbligo di informare il contraente di tale circostanza, dandone evidenza in un'apposita dichiarazione. In mancanza di tale dichiarazione, il prodotto assicurativo non può essere distribuito
- f.** obbligo di valutare se il contraente rientra nel mercato di riferimento identificato per il contratto di assicurazione proposto e non appartiene alle categorie di clienti per i quali il prodotto non è compatibile
- g.** obbligo di fornire in forma chiara e comprensibile le informazioni oggettive sul prodotto, illustrandone le caratteristiche, la durata, i costi e i limiti della copertura ed ogni altro elemento utile a consentire al contraente di prendere una decisione informata.

Sezione II – Regole supplementari per la distribuzione di prodotti di investimento assicurativi

- a.** prima della sottoscrizione di ciascuna proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, obbligo di consegna/trasmissione al contraente copia dell'Allegato 4-*bis* al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018
- b.** obbligo di valutare l'adeguatezza oppure l'appropriatezza del prodotto di investimento assicurativo proposto
- c.** Nell'ambito della vendita con consulenza, obbligo di informare il contraente se il prodotto è adeguato, specificandone i motivi e dandone evidenza in un'apposita dichiarazione. In mancanza di tale dichiarazione, il prodotto assicurativo non può essere distribuito con consulenza
- f.** obbligo di fornire le informazioni di cui all'articolo 121-sexies, commi 1 e 2, del Codice.