

Assicurazione collettiva di rendita vitalizia pagabile in caso di Non Autosufficienza nel compiere atti di vita quotidiana per il piano sanitario 6

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

Poste Vita S.p.A.

Postevita
GruppoAssicurativoPostevita

01/01/2019

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.

Poste Vita S.p.A., Viale Beethoven, 11 - 00144 Roma, Recapito telefonico: 06.54924.1, Numero Verde 800.316.181, Indirizzo sito internet: www.postevita.it, Indirizzo e-mail: infoclienti@postevita.it, PEC: postevita@pec.postevita.it

Poste Vita S.p.A. è una compagnia di assicurazione italiana, appartenente al Gruppo Poste Italiane e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Italiane S.p.A., con Sede Legale e Direzione Generale in Viale Beethoven, 11 - 00144 Roma, Italia. Recapito telefonico: 06.54924.1, Numero Verde 800.316.181, indirizzo sito internet: www.postevita.it, indirizzo e-mail: infoclienti@postevita.it, PEC: postevita@pec.postevita.it. ed è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa in forza dei provvedimenti ISVAP n. 1144 del 12/03/1999, n. 1735 del 20/11/2000, n. 2462 del 14/09/2006 e n. 2987 del 27/6/2012, è iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione con il n. 1.00133 ed è la Capogruppo del "Gruppo Assicurativo Poste Vita" iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi con il n. 043.

I dati sulla situazione patrimoniale di Poste Vita S.p.A., di seguito riportati, si riferiscono all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2017:

- il patrimonio netto ammonta a 2.906,10 milioni di Euro, di cui 1.216,61 milioni di Euro di Capitale sociale e 1.689,49 milioni di Euro di Riserve patrimoniali;
- l'indice di solvibilità risulta essere pari a 2,80 e rappresenta il rapporto tra i fondi propri disponibili della Compagnia, pari a 8.522,00 milioni di Euro e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità, pari a 3.049,00 milioni di Euro. Il requisito patrimoniale minimo al 31.12.2017 risulta pari a 1.372,00 milioni di Euro.

Per le informazioni patrimoniali e di solvibilità si rimanda alla "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria" della società consultabile sul sito internet della Compagnia al seguente link: www.postevita.it.

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Prestazioni in caso di non autosufficienza:

In caso di non autosufficienza dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, Poste Vita S.p.A. garantisce il pagamento di una rendita mensile vitalizia di importo predeterminato variabile tra un minimo di 1000,00 euro mensili ed un massimo di 2.000,00 euro mensili.

Assicurati maggiori di età

L'assicurato è riconosciuto non autosufficiente nel caso in cui risulti permanentemente incapace di svolgere almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, spostarsi) e necessita pertanto della costante assistenza di una terza persona, oppure, sia affetto da grave demenza invalidante con conseguente assoluta necessità di una costante e permanente assistenza da parte di una terza persona. Viene altresì riconosciuto in Stato di Non Autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 3 su 4 delle attività ordinarie della vita quotidiana, l'Assicurato che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica e che determini successivamente o contemporaneamente la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti di origine organica). I deficit cognitivi devono essere comprovati da una diagnosi di un neurologo e/o gerontologo (basata su test psicometrici riconosciuti, tipo MMSE, etc.).

Assicurati minori di età

Sarà ugualmente erogata la rendita mensile qualora l'assicurato sia soggetto minore e venga colpito da una patologia, malattia, disturbo o infortunio insorto successivamente al parto e non dovuto a conseguenze/complicanze del parto, e che abbia come conseguenza la perdita dell'autosufficienza:

per i bambini di età >6 anni: l'incapacità di svolgere almeno 3 delle attività della vita quotidiana (ADL) definite nella tabella sottostante, nonostante sia in trattamento ottimale da almeno 3 mesi. Le ADL sotto-riportate saranno valutate anche in base all'utilizzo di dispositivi e/o ausili, e in assenza di supervisione

- per i bambini di età inferiore ai 6 anni non verranno valutate le ADL ma ci deve essere evidenza di almeno due dei seguenti criteri:
 - Ritardo motorio, di parola/linguaggio, psicologico rispetto all'età
 - Necessità di cure specialistiche continue e permanenti a domicilio (oltre a quelle fisiologiche per l'età)
 - Impossibilità di partecipare all'attività scolastica (es scuola materna) a causa di malattia, patologia, disturbi, infortunio.

Il minore deve essere in cura da un medico specialista. La patologia, malattia, disturbo o infortunio, deve essere confermato da indagini clinico-strumentali validati (ad esempio radiologici, istopatologici, test comportamentali/psicometrici). La malattia deve essere progressiva o incurabile e tale da rendere impossibile, nell'opinione dello specialista e dei medici consulenti della compagnia, qualsiasi recupero dalle conseguenze.

Attività	Incapacità
Nutrirsi	Incapacità di masticare e di deglutire alimenti solidi e necessità di alimentazione liquida o tramite sonda
	Incapacità di mangiare utilizzando posate e necessita di essere alimentato da una terza persona
Lavarsi/mantenere una corretta igiene personale	Incapacità di lavare la parte superiore del corpo ed il viso senza assistenza o supervisione, Incontinenza completa che necessita di catetere o pannolini
Vestirsi	Incapacità di indossare in maniera indipendente qualsiasi indumento
Spostarsi	Incapacità di spostarsi dal letto alla sedia e viceversa, Incapacità totale di fare cinque passi senza aiuto, Incapacità totale di salire e scendere tre gradini consecutivi



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel Dip Vita



Ci sono limiti di copertura?

La garanzia è operante alle seguenti condizioni di carenza:

- nel caso in cui la Non Autosufficienza derivasse da malattia, incluse quelle nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Morbo di Parkinson, Morbo di Alzheimer, etc.), è previsto un periodo di carenza di 30 giorni durante il quale la garanzia non sarà operante e l'eventuale Sinistro non sarà indennizzato. Per avere diritto al pagamento della Rendita, quindi, lo stato di Non Autosufficienza deve verificarsi per la prima volta in un periodo successivo ai primi 30 giorni decorrenti dalla data di ingresso in copertura dell'Assicurato.

Il rischio di Non Autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ferme le Condizioni di Assicurabilità e ad eccezione dei seguenti casi derivanti direttamente e/o indirettamente da:

- dolo del Contraente o dell'Assicurato;
- tentato suicidio e autolesionismo dell'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- oltre a ciò non sono coperti dalla presente assicurazione, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i sinistri derivanti da atti di guerra avvenuti al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, tumulti popolari, operazioni militari, ribellioni, rivoluzioni, colpi di Stato sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti, allucinogeni;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio; la garanzia tuttavia è operante nel caso di viaggi compiuti dall'Assicurato in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
- problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica;
- di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, motonautici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, pugilato, nonché dalla partecipazione a corse e incontri sportivi (e relative prove ed allenamenti) comunque relativi a qualsiasi sport svolto a livello professionistico;
- fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei;
- abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva.

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono inoltre rientrare in una delle seguenti **condizioni di non assicurabilità**:

1. avere bisogno dell'aiuto di un terzo, al momento dell'inizio copertura, per almeno uno degli atti ordinari della vita quotidiana;
2. aver diritto, aver richiesto, o percepire una pensione di invalidità, o una rendita per incapacità permanente che corrisponda ad un livello di incapacità superiore al 25%;
3. essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e parkinsonismi, da altre demenze senili, dalla sclerosi multipla, dalla sclerosi laterale amiotrofica (malattia dei motoneuroni), da ictus con postumi invalidanti, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie.

Le persone appartenenti alle categorie protette (ai sensi delle Leggi 482/68 e 68/99) sono considerate assicurabili. A tale specifico riguardo, si rappresenta che la garanzia assicurativa in oggetto non opera qualora lo stato di Non Autosufficienza sia conseguenza diretta, ovvero un aggravamento, del precedente stato di invalidità che ha costituito il titolo dell'assunzione ai sensi delle Leggi sopra citate (i.e., categorie protette).



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?	<p>Denuncia di sinistro: Relativamente alla liquidazione delle prestazioni previste dal contratto, gli aventi diritto possono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • inviare, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento a: Poste Vita S.p.A., Liquidazioni Vita, Viale Beethoven, 11, 00144 Roma i documenti, necessari per la verifica dell'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e l'individuazione degli aventi diritto. <p>In particolare, per riscuotere le somme dovute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in caso di Non Autosufficienza: l'Assicurato stesso, o chi per suo conto, dovrà informare Poste Vita dello stato di Non Autosufficienza con lettera Raccomandata. La richiesta va accompagnata dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento. Sono parte integrante di tale richiesta il "Questionario di Non Autosufficienza - Assicurato", e il "Questionario di Non Autosufficienza - Medico". <p>Quanto sopra deve essere sempre corredato della documentazione clinica comprovante le patologie e da una dichiarazione in cui l'Assicurato scioglie dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.</p> <p>Poste Vita, nel caso in cui i documenti prima elencati non risultassero sufficienti, si riserva di richiedere ulteriori attestazioni, documenti o referti utili a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, e si riserva altresì di inviare a visita diretta l'Assicurato.</p>
	<p>Prescrizione: sulla base di quanto disposto dall'articolo 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano. Qualora gli aventi diritto omettano di richiedere gli importi dovuti entro il termine di prescrizione, Poste Vita S.p.A. è obbligata, ai sensi della legge 27 ottobre 2008, n. 166, a versare tali somme al Fondo istituito con legge 23 dicembre 2005, n. 266.</p>
	<p>Liquidazione della prestazione: In caso di Non Autosufficienza: ai fini dell'erogazione della rendita per la perdita dell'autosufficienza, la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia. Una volta accertato e riconosciuto il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il periodo di franchigia pari a 90 giorni, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata. Decorso tale limite sono dovuti gli interessi di mora al saggio legale a favore dell'Assicurato. La rendita è corrisposta a partire dalla data di denuncia sinistro ovvero dal momento in cui si potrà determinare con certezza lo stato di Non autosufficienza. Laddove si verifica il decesso dell'assicurato nel periodo di franchigia nulla è dovuto.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel Dip Vita
---------------	---



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La durata del contratto è il periodo durante il quale sono operanti le garanzie assicurative. La durata della copertura assicurativa è correlata all'iscrizione al Fondo e all'adesione al piano sanitario 6: la copertura ha effetto dalle ore 00.00 del primo giorno del mese successivo a quello in cui il Datore comunica al Fondo i relativi dati anagrafici del nuovo Dipendente, Nucleo, etc.
---------------	--



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

Recesso	<p>È facoltà del datore recedere dall'adesione al Fondo, con effetto dal 1° gennaio di ciascun anno. Il recesso va comunicato con lettera raccomandata A/R, da far pervenire al Fondo stesso entro il termine perentorio del 31 ottobre dell'anno precedente. Di conseguenza il Fondo comunica alla Compagnia a:</p> <p style="text-align: center;">Poste Vita S.p.A. Gestione Portafoglio Vita Viale Beethoven, 11 00144 Roma</p>
Risoluzione	In caso di uscita dell'Assistito dal Fondo, la copertura assicurativa terminerà, per l'iscritto e per l'eventuale Nucleo familiare per il quale sia stato richiesto di estendere l'assistenza da parte del Fondo, alle ore 24.00 del 31/12 dell'anno in corso rispetto al termine dell'attività lavorativa o di rapporto dell'iscritto con l'Ente aderente.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente contratto si rivolge a favore degli Assisiti del Piano Sanitario "6" del Fondo fino al compimento del settantesimo anno di età. Gli Assisiti del Fondo possono essere dipendenti ovvero anche membri del nucleo familiare.

Per "nucleo familiare" si intende:

1. il coniuge;
2. il convivente more uxorio (coppie di fatto) da almeno un anno prima dell'inizio della copertura sanitaria;
3. i figli fiscalmente a carico, secondo le vigenti disposizioni di legge, di uno dei due coniugi/conviventi e sino al compimento del 26° anno di età, ove non totalmente inabili. In particolare, deve considerarsi inabile, ai sensi di quanto disposto dalla legge chi, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

L'estensione al nucleo familiare, se richiesta, deve essere totale (i.e., rivolta a tutti i componenti aventi le predette caratteristiche).



Quali costi devo sostenere?

- tabella dei costi gravanti sul premio

Spese di emissione del contratto	€ 0,00
----------------------------------	--------

Il premio è determinato in base alle garanzie prestate (capitale assicurato).



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Richiesta di informazioni

Eventuali informazioni riguardanti le caratteristiche del prodotto acquistato, quali ad esempio opzioni contrattuali disponibili, possono essere richieste direttamente:

- al numero verde 800.316.181
- alla casella di posta elettronica infoclienti@postevita.it.
- per mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento al seguente recapito: **Poste Vita S.p.A. - Marketing e Servizi al Cliente, Viale Beethoven, 11 - 00144 Roma.**

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale dovranno essere inoltrati a Poste Vita S.p.A., a mezzo di apposita comunicazione scritta, indirizzata alla funzione aziendale incaricata dell'esame degli stessi: **Poste Vita S.p.A. - Gestione Reclami, Viale Beethoven, 11 - 00144 Roma, n° fax 06.5492.4426.** È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo: reclami@postevita.it. La funzione aziendale responsabile della gestione dei reclami è Marketing e Servizi al Cliente. Il termine per fornire riscontro ai reclami è pari a 45 giorni.

All'IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):

Mediazione

Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98) - Sistema alternativo obbligatorio.

Negoziazione assistita

Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

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

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

Il contributo versato annualmente dal lavoratore è trattenuto dal datore di lavoro direttamente dalla retribuzione lorda del dipendente a monte dell'imposizione fiscale. Il datore di lavoro, nella sua qualità di sostituto d'imposta, consegnerà quindi al lavoratore il modello CUD nel quale sarà già riportato in apposita casella l'ammontare dei contributi sanitari versati al Fondo che non hanno concorso a formare il reddito di lavoro dipendente. Il lavoratore quindi non dovrà inserire nel Modello 730/Modello 740 PF i contributi in quanto già dedotti a monte dal datore di lavoro nella busta. I contributi versati sono deducibili annualmente fino ad un massimo di € 3.615,20. La deducibilità interessa anche i contributi versati al Fondo per i componenti del nucleo familiare. Il risparmio fiscale è pari all'aliquota marginale. La deduzione è a cura del datore di lavoro in qualità di sostituto d'imposta.