

**ASSICURAZIONE A PREMIO ANNUO DI RENDITA VITALIZIA
IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA NEL
COMPIERE ATTI DI VITA QUOTIDIANA
VERIFICATASI ENTRO IL PERIODO DI COPERTURA**

Roma, luglio 2014

**CONTRAENTE
FONDO DI ASSISTENZA
SANITARIA INTEGRATIVA POSTEVITA**

POSTE VITA S.p.A.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

TERMINOLOGIA:

Le Parti convengono che nelle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, salvo ove diversamente specificato, varranno le seguenti definizioni:

Assicurato

Ciascun dipendente (inclusi, qualora da esso richiesto, i relativi componenti del nucleo familiare: coniuge e figli, come di seguito meglio individuati), appartenente ad una medesima classe omogenea di entità giuridiche, imprese o altre istituzioni, che è stato iscritto al Fondo Sanitario a seguito della sottoscrizione di un apposito contratto o accordo collettivo aziendale, ovvero mediante l'adozione di uno specifico regolamento interno da parte del proprio datore di lavoro.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Assistito

Ciascun Iscritto Principale e/o componente del nucleo familiare (indistintamente considerato) cui si sia richiesta l'estensione che abbia diritto all'erogazione delle prestazioni indicate nel Piano Sanitario prescelto.

Certificato/Certificati: il/i certificato/i di polizza emesso/i dalla Compagnia a favore di ciascun Ente aderente al Fondo

Contraente oppure Fondo Sanitario oppure Fondo

Il Fondo di assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Poste Vita S.p.A.

00144, Roma (RM), Piazzale Konrad Adenauer, 3 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • www.postevita.it • Partita IVA 05927271006 • Codice Fiscale 07066630638 • Capitale Sociale Euro 1.216.607.898,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 29149/2000, REA n. 934547 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00133 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alle delibere ISVAP n. 1144/1999, n. 1735/2000, n. 2462/2006 e n. 2987/2012 • Società capogruppo del gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Italiane S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.



Ente

L'Azienda, l'Associazione, Fondi/Casse, terzi o altra singola collettività, che decide di avvalersi, per i propri addetti/dipendenti/dell'assistenza integrativa sociosanitaria erogata dal Fondo.

Iscritto Principale: iscritto che svolge un'attività di lavoro per conto dell'Ente che ha provveduto all'iscrizione al Fondo Sanitario

Coniuge: coniuge dell'Iscritto Principale e/o convivente *more uxorio* da almeno un anno prima dell'inizio della copertura assicurativa.

Figlio: 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

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Certificato di Polizza

Il documento che prova la stipula dell'assicurazione.

Nucleo Familiare

Il Coniuge e/o il Figlio congiuntamente considerati

Piano Sanitario

Il piano sanitario prescelto per l'Assicurato in conformità al Regolamento del Fondo, nonché agli accordi intercorsi con l'Ente.

Polizza – elenco

L'elenco degli assicurati con indicazione per ciascuno del nominativo, sesso, data di nascita, provincia, codice fiscale e della rendita assicurata che il Fondo ottiene dall'azienda aderente e fornisce alla Compagnia.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Regolamento

Il "Regolamento per le Adesioni Collettive" del Fondo che disciplina le modalità di adesione collettiva da parte di ciascun Ente.

Rischio:

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro:

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società o Compagnia:

La compagnia assicurativa Poste Vita S.p.A.

Somma assicurata (Rendita)

Somma di denaro dovuta dalla Società in caso di avvenuto Sinistro

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E SOMME ASSICURATE

Il presente contratto di Assicurazione (di seguito, il “**Contratto**”), ferme le condizioni di non assicurabilità, le esclusioni e le carenze di cui agli Artt. 5, 6 e 7, garantisce, nel caso in cui all'Assicurato sia riconosciuto uno stato di Non Autosufficienza, come descritto dal successivo Art. 13, la corresponsione di una rendita mensile vitalizia posticipata, il cui importo è stato determinato dal Contraente ed indicato in polizza a seconda del Piano Sanitario prescelto dall'Azienda aderente per la categoria di lavoratori a cui appartiene l'Assicurato - per una somma pari ad Euro 1.000,00 (mille/00) al mese per il Piano Sanitario 1 ovvero pari a Euro 2.000,00 (duemila/00) al mese per i Piani Sanitari 2 e 3.

ART. 2- ASSICURATI

L'assicurazione si intende valida a favore dei dipendenti (ed eventualmente dei componenti del loro Nucleo Familiare se richiesto), appartenenti ad una medesima categoria omogenea, che sono stati iscritti al Fondo Sanitario, a seguito della sottoscrizione di un apposito contratto o accordo collettivo aziendale, ovvero mediante l'adozione di uno specifico regolamento interno, da parte del proprio datore di lavoro.

L'Assicurazione è valida per tutti gli assicurati dipendenti dell'Ente aderente al Fondo Sanitario fino al compimento del settantesimo anno di età, e per i rispettivi componenti del Nucleo Familiare, qualora richiesto dal relativo Assicurato. L'estensione al Nucleo Familiare può essere esercitata entro il termine perentorio di due mesi dall'ingresso nel Fondo del dipendente o dalla modifica della composizione del Nucleo Familiare, e deve prevedere l'estensione all'intero Nucleo Familiare, fatta salva la non assicurabilità dei componenti del medesimo, con età superiore ai 65 anni. Dipendente e Nucleo Familiare devono rispondere ai criteri di accettazione medica esposti all'articolo 5 "Condizioni di Assicurabilità".

Nel caso di compimento del settantesimo anno (sessantacinquesimo anno per i componenti del Nucleo Familiare) nel corso della copertura assicurativa, l'Assicurato verrà mantenuto in copertura fino al successivo 31 dicembre.

Art 3 - BENEFICIARI

L'Assicurato è beneficiario delle prestazioni previste all'Art.1 delle Condizioni di Assicurazione.

Art 4 - DELEGATO

L'Assicurato può designare un delegato incaricato alla riscossione della rendita di Non Autosufficienza e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione anche successivamente al verificarsi dell'evento assicurato in polizza o durante l'erogazione della prestazione di rendita.

La designazione e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate alla Compagnia mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

ART. 5 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini dell'operatività della garanzia di cui all'art. 1 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, le persone assicurate non devono 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 di cui all'Art. 13.
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, dalla sclerosi a placche o da diabete non controllato o da ipertensione non controllata (intendendosi per tali quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

I dipendenti degli Enti aderenti al Fondo Sanitario, appartenenti alle categorie protette (ai sensi delle Leggi 482/68 e 68/99) sono considerati assicurabili. A tale specifico riguardo, si rappresenta che la garanzia assicurativa in oggetto non opera qualora lo stato di Non Autosufficienza di cui all'Art. 13 – “Definizione dello 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)

ART 6 - ESCLUSIONI

Il rischio di Non Autosufficienza è coperto dalla presente garanzia assicurativa qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, 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;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, tumulti popolari, operazioni militari, ribellioni, rivoluzioni, colpi di Stato;
- 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;
- 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.

ART. 7 - CARENZA

La garanzia in caso di perdita di autosufficienza prevista dalla presente Assicurazione è operante alle seguenti condizioni:

- nel caso in cui la Non Autosufficienza derivasse da infortunio, non è previsto alcun periodo di carenza: la garanzia sarà operante dalla data di iscrizione degli assicurati al Fondo di Assistenza Sanitaria Postevita;
- 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 6 mesi 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 6 mesi decorrenti dalla data di iscrizione degli Assicurati al Fondo di Assistenza Sanitaria Postevita.

Qualora la Non Autosufficienza dell'Assicurato avvenga entro il predetto periodo di

carenza, l'Assicurato non ha diritto alle prestazioni.

Ai fini interpretativi della presente disposizione, per "data di iscrizione degli Assicurati al Fondo" deve intendersi la data di assistibilità indicata nel Regolamento del Fondo

ART. 8 - DURATA E SCADENZA CONTRATTUALE

Tutte le Assicurazioni stipulate avranno durata annuale con tacito rinnovo. La decorrenza dell'Assicurazione coincide con la data di assistibilità dell'aderente indicata nel Regolamento del Fondo, o ad una data successiva, se stabilito diversamente tra il Fondo e l'azienda..

La copertura di ogni nuovo assicurato (lavoratore dipendente/ nuovo membro del Nucleo Familiare) ha decorrenza dal primo giorno del mese successivo rispetto alla data in cui il datore di lavoro comunica al Fondo i dati anagrafici del nuovo ingresso; diversamente, in caso di uscita del lavoratore dipendente dal Fondo, la copertura assicurativa per sé e per l'intero Nucleo Familiare eventualmente iscritto, terminerà l'ultimo giorno del mese di attività lavorativa del medesimo dipendente.

Le modalità di iscrizione/ cancellazione degli Iscritti Principali e degli eventuali componenti dei loro Nuclei Familiari (se richiesti) sono in ogni caso quelle definite nel Regolamento del Fondo disponibile sul sito internet del Fondo www.postevitafondosalute.it. L'uscita dell'Iscritto Principale determina l'uscita anche dell'intero Nucleo Familiare ad esso associato.

Restano ad ogni modo salvi i periodi di carenza di cui al precedente art. 7 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 9 - ALTRE ASSICURAZIONI

Gli Assicurati sono esonerati dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da loro stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

ART. 10- PREMIO

Il Premio dovuto dal Contraente alla Compagnia varia in funzione del Piano Sanitario prescelto dall'Ente aderente per la categoria dei lavoratori a cui appartiene l'Assicurato

ART. 11 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio sarà corrisposto dal Fondo alla Compagnia secondo gli accordi intercorsi tra le Parti

ART. 12 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO, SOSPENSIONE GARANZIE, RIATTIVAZIONE CONTRATTO

Decorso inutilmente 10 giorni dalla data di scadenza del pagamento del premio, nel caso la rata trimestrale di premio rimanga insoluta da parte dell'Azienda, l'erogazione delle garanzie resta sospesa dalle ore 24.00 del 10° giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

A partire dal 10° giorno del primo mese del trimestre successivo rispetto al mese in cui si è manifestato il mancato incasso, la Compagnia si riserva la facoltà di bloccare il quietanzamento (es. 10 di luglio per un mancato incasso nel mese di aprile per il primo trimestre, etc.) e l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del giorno stesso e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Entro il termine massimo di 6 mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata, l'efficacia dell'Assicurazione può essere riattivata previa richiesta del Contraente ed accettazione scritta di Poste Vita S.p.A. La riattivazione sarà concessa dietro pagamento di tutti i premi arretrati e l'Assicurazione entrerà nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, dalle ore 24 del giorno di pagamento dell'intero importo dovuto. Oltre tale termine il contratto assicurativo dovrà intendersi risolto di diritto e i premi già pagati resteranno ad ogni modo acquisiti dalla Compagnia.

ART. 13 - DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in stato di "**Non Autosufficienza**" l'Assicurato che, quale risultato di un peggioramento della funzionalità dell'organismo, dovuto a malattia o infortunio, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale – presumibilmente in modo permanente — da avere bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona per essere aiutato nello svolgimento di almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana, oppure, sia affetto da grave demenza invalidante comprovata da una diagnosi di un neurologo e/o gerontologo (basata su test psicometrici riconosciuti tipo MMSE, etc.) con conseguente assoluta necessità di una costante e permanente assistenza da parte di una terza persona.

Le attività "elementari" della vita quotidiana sono definite come:

- lavarsi o mantenere una corretta igiene personale: capacità di farsi il bagno o la doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di lavarsi dalla testa ai piedi in modo da mantenere, anche in caso di incontinenza, un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente e senza l'aiuto di una terza persona;

- vestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato senza l'assistenza di una terza persona. La capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante;
- nutrirsi: capacità di mangiare o bere autonomamente cibo preparato da terzi. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca ed inghiottirlo senza l'aiuto di una terza persona;
- spostarsi: capacità di alzarsi da una sedia o dal letto e viceversa o di spostarsi da una sedia al letto e viceversa anche con l'aiuto di ausili specifici senza l'aiuto di una terza persona.

ART. 14 - DENUNCIA DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DELL'ASSICURATO

Entro 90 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di Non Autosufficienza ai sensi dell'art. 13 "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assicurato, il tutore/curatore o qualsiasi altra persona appartenente al suo Nucleo Familiare, dovrà contattare la Compagnia e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato, ovvero, a seconda dei casi, l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta dalla Compagnia medesima.

In particolare, l'Assicurato stesso, o chi per suo conto, dovrà informare la Compagnia dello stato di Non Autosufficienza mediante l'invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento a:

Poste Vita S.p.A.
Ufficio Gestione Liquidazioni Vita – Fondo Sanitario
Piazzale Konrad Adenauer, 3
00144 Roma

La richiesta dovrà essere accompagnata dai documenti necessari a verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per procedere al pagamento della rendita di cui all'art. 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione. Dovranno intendersi parte integrante di tale richiesta il "Questionario di Non Autosufficienza - Assicurato", compilato in ogni sua parte dall'Assicurato (o da persona legittimata a farlo per suo conto) e il "Questionario di Non Autosufficienza - Medico", compilato in ogni sua parte dal medico curante dell'Assicurato.

I predetti questionari dovranno essere resi disponibili dal Contraente agli Assicurati al momento dell'iscrizione degli stessi nel Fondo e sono comunque disponibili sul sito internet www.postevitafondosalute.it o possono essere richiesti direttamente alla Compagnia tramite il proprio call center.

La predetta richiesta, dovrà ad ogni modo essere sempre corredata dalla documentazione clinica comprovante le patologie e dalla relativa dichiarazione in cui l'Assicurato scioglie dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

La Compagnia, analizzata la suddetta documentazione, valuterà, con le modalità indicate nell'articolo 15, se:

- richiedere ulteriori informazioni, attestazioni o referti, se gli elementi che descrivono la Non Autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato.

Qualora la valutazione della sussistenza dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato desse esito negativo, la posizione di quest'ultimo potrà essere nuovamente esaminata da parte della Società, sempre che:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dalla data di comunicazione del predetto esito negativo
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Detta richiesta deve essere inviata al medesimo indirizzo di cui sopra.

ART. 15 - FASE D'ISTRUTTORIA E RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia.

Al fine del riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza da parte della Compagnia, così come previsto dall'articolo 13 "*Definizione dello stato di Non Autosufficienza*", quest'ultima si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione.

Tempistiche di gestione:

- 1) entro 2 mesi dal ricevimento della denuncia da parte dell'Assicurato ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, corredata dagli specifici questionari indicati al precedente art. 14 e della relativa documentazione medica, la Compagnia, ove necessario, richiede ulteriore documentazione medica (ovvero la documentazione mancante);
- 2) entro 2 mesi dal ricevimento della documentazione aggiuntiva, la Compagnia, ove lo ritenga necessario, si impegna a comunicare all'Assicurato la propria disponibilità a far eseguire la visita domiciliare dal proprio fiduciario;
- 3) in ogni caso, entro 2 mesi dal ricevimento dei citati questionari e della documentazione medica esaustiva, ovvero dalla data di effettuazione della visita, nel caso in cui questa sia stata richiesta dalla Compagnia, quest'ultima si impegna a dare riscontro all'Assicurato comunicando:
 - il riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza (anche definita *Long Term Care*, di seguito "**LTC**"); o in alternativa il mancato riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza (LTC).

Nel caso all'Assicurato fosse riconosciuta l'LTC e siano trascorsi almeno 90 giorni dal momento della denuncia, questi avrà diritto alle prestazioni indicate nel presente

Contratto, con effetto dal momento della denuncia del sinistro, ovvero dal momento in cui si potrà determinare con certezza che l'Assicurato si trovava in stato di Non Autosufficienza sulla base della documentazione prodotta.

Nel caso in cui l'Assicurato deceda entro 90 giorni a partire dalla data di denuncia, non sarà erogata alcuna prestazione da parte della Compagnia, mentre qualora il decesso avvenga successivamente ai 90 giorni ma prima dell'accertamento dello stato di Non autosufficienza, la Compagnia erogherà comunque la prestazione in rendita fino alla data di decesso dell'Assicurato.

Nei casi in cui all'Assicurato non sia riconosciuta l'LTC, la Società comunicherà l'esito dell'istruttoria specificandone i motivi ed indicando la rivedibilità.

Nei casi in cui all'Assicurato non sia riconosciuta l'LTC, la Società si rende disponibile a riesaminare il caso dopo tre mesi nelle modalità indicate nel presente contratto assicurativo.

In ogni caso, entro 2 mesi dalle richieste di cui ai precedenti punti 1 e 2 del presente articolo, qualora non sia stato fornito alcun riscontro da parte dell'Assicurato, la Compagnia si impegna ad inviare all'Assicurato stesso una comunicazione con la quale ripropone la propria richiesta.

Trascorso un mese da detta comunicazione, qualora anche questa sia rimasta senza riscontro, la Società provvederà a chiudere il sinistro senza seguito; rimanendo in ogni caso la possibilità per l'Assicurato di riaprire il sinistro integrando la richiesta della Società sempre nel rispetto dei termini prescrizionali e/o di decadenza previsti dal Contratto e/o dalla normativa *pro tempore* vigente.

ART. 16– RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri 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.
Reclami e Assistenza Clienti
Piazzale Konrad Adenauer, 3
00144 Roma
Fax n.: 06.5492.4426

È anche possibile inoltrare un reclamo via e-mail all'indirizzo reclami@postevita.it. Qualora l'evasione del reclamo richieda la comunicazione di dati personali, Poste Vita S.p.A. - in ossequio alle disposizioni di cui al D. Lgs. 196/03 - invierà risposta esclusivamente all'indirizzo del Contraente indicato in polizza.

Qualora l'esponente intenda farlo direttamente oppure non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da Poste Vita S.p.A., all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore - Sezione

Tutela degli Assicurati, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

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/index_en.htm). In relazione a tutte le controversie che dovessero insorgere, relative o comunque connesse anche indirettamente al presente contratto permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, previo esperimento dei sistemi conciliativi esistenti, qualora richiesti dalla legge *pro tempore* vigente e/o se voluto dalle parti.

ART. 17 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo di lettera raccomandata a/r, il recupero dello stato di autosufficienza.

La Compagnia si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Assicurato non autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di Non Autosufficienza. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della relativa somma assicurata (*i.e.*, Rendita) può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento da parte della Compagnia. Qualora durante l'erogazione della Rendita si verifici il recupero dello stato di autosufficienza da parte dell'Assicurato/Beneficiario, il pagamento della rendita assicurata verrà interrotto.

ART. 18- COLLEGGIO MEDICO ARBITRALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sullo stato e grado di Non Autosufficienza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma delle Condizioni di Assicurazione, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio dei Medici ha sede 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 designato, contribuendo, per metà, delle spese e competenze del terzo medico. Tuttavia, qualora l'accertamento definitivo sancisca l'indennizzabilità dell'Assicurato ai fini del presente Contratto, la Compagnia assumerà in proprio anche le spese sostenute dall'altra Parte.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dello stato di Non Autosufficienza ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni

formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, fatti salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei 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 arbitrale sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

ART. 19 - EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza da parte della Compagnia secondo le condizioni dell'articolo 13 "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di Non Autosufficienza, a richiedere la corresponsione di una rendita mensile posticipata, pagata tramite bonifico bancario entro i limiti previsti all'articolo 1 "Oggetto dell'Assicurazione e Somme assicurate" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 20 - ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA

Dal momento di erogazione della Rendita, sarà richiesto all'Assicurato, con cadenza annuale, il certificato di esistenza in vita dell'Assicurato medesimo da consegnare alla Compagnia entro la fine di ciascun anno solare.

Qualora la Compagnia non sia stata informata per tempo del decesso dell'Assicurato ed abbia quindi proceduto all'erogazione della/e relativa/e rata/e di Rendita, la Società potrà richiedere la restituzione di quanto erroneamente corrisposto maggiorato degli interessi legali.

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato medesimo e in particolare di farlo esaminare da un medico scelto dalla Compagnia. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga utile e/o necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato medesimo.

Se dai suddetti accertamenti dovesse rilevarsi che non sussistono più i presupposti per l'erogazione della prestazione per la perdita di autosufficienza, con effetto dalla data dell'accertamento del perdurare dello stato di non autosufficienza, la Società previo invio di specifica comunicazione all'Assicurato, potrà cessare l'erogazione della prestazione. Rimane comunque fermo il diritto dell'Assicurato di riproporre successivamente domanda per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza dovuto a cause sopravvenute successivamente alla data di cessazione dell'erogazione.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo e/o d'inviare i

documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni potrà essere sospesa dalla data della richiesta di tale controllo e/o documentazione da parte della Società.

Durante il periodo di erogazione delle prestazioni, se l'Assicurato esce dallo stato di Non Autosufficienza sarà tenuto a darne comunicazione alla Società entro un periodo di 60 giorni dalla data in cui non si trova più nello stato di non autosufficienza. Inoltre, in caso di decesso dell'Assicurato, gli eredi di quest'ultimo dovranno informare la Società dell'intervenuto decesso dell'Assicurato entro i 30 giorni successivi alla data del decesso stesso. Le eventuali prestazioni riconosciute all'Assicurato ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Società maggiorate dei relativi interessi legali.

ART. 21 — TRATTAMENTO DATI PERSONALI E NORME DI SICUREZZA D.lgs. 81/2008

Nell'ambito del trattamento dei dati personali, connesso all'espletamento del servizio oggetto del contratto assicurativo, il Contraente e la Compagnia opereranno, ciascuna per le attività di rispettiva, specifica competenza, in qualità di Titolari autonomi nel pieno rispetto delle disposizioni di cui al D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 (di seguito Decreto).

I dati personali saranno trattati per le sole finalità di svolgimento del servizio e per il tempo strettamente necessario all'espletamento dello stesso.

Le persone incaricate del trattamento saranno individuate dal Titolare ed opereranno sotto la sua diretta autorità attenendosi alle istruzioni dallo stesso impartite.

Le Parti si impegnano reciprocamente ad adottare le misure organizzative, fisiche e logiche, di cui agli articoli 31-36 del suddetto Decreto e dell'allegato Disciplinare Tecnico, al fine di assicurare la riservatezza e la sicurezza dei dati.

Norme di sicurezza D.lgs. 81/2008

Durante l'esecuzione delle attività di cui al presente contratto assicurativo, le Parti contraenti si impegnano alla piena osservanza del disposto del D.lgs. 81/2008, per cui dovranno adottare idonee misure preventive atte a salvaguardare la sicurezza e la salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.

ART. 22 - INTERPRETAZIONE E MODIFICHE DEL CONTRATTO ASSICURATIVO

In caso di eventuali dubbi di interpretazione sui contenuti delle clausole contrattuali, verrà sempre data l'interpretazione più estensiva e favorevole all'Assicurato/Contraente.

Qualsiasi modificazione, aggiunta e/o deroga al presente contratto assicurativo (e ai suoi allegati, se esistenti) dovrà essere concordata per iscritto dalle parti.

ART. 23 - BUONA FEDE

L'omissione di dichiarazioni e/o comunicazioni da parte del Contraente di anche solo una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore ed/od omissione comunicativa non intenzionale e/o involontario della stessa e delle persone di cui deve

rispondere a norma di Legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno l'operatività di questa Assicurazione.

ART. 24 - TASSE E IMPOSTE

Eventuali tasse e imposte relative al contratto di assicurazione sono a carico del Contraente, dell'Assicurato o dei beneficiari ed aventi diritto, a seconda dei casi.

ART. 25 - FORO COMPETENTE Per le controversie relative al presente contratto assicurativo è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza o di domicilio degli aventi diritto.

ART. 26 - RIFERIMENTO A NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è espressamente regolato dal presente Contratto, valgono le norme della legge italiana.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'