

# Long Term Care



Programma Sicurezza del Futuro  
per gli Associati **MANAGERITALIA**<sup>®</sup>

Aviva Assicurazioni  
Vita S.p.A.

Gruppo Aviva

**GARANZIA DI RENDITA**

**Collegata a problemi di non autosufficienza**

**Convenzione n. 3127**

# CONVENZIONE ANTONIO PASTORE N. 3127

## GARANZIA DI RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICENZA

### INDICE

**ALLEGATO 1** ..... pag. 2

**Disposizioni di Carattere generale**..... pag. 2

1. *Prestazioni*
2. *Premi e condizioni*
3. *Contraente ed assicurati*
4. *Premi di assicurazione*
5. *Sospensione della copertura*
6. *Riattivazione*
7. *Continuità assicurativa*
8. *Decorrenza dell'Assicurazione ed efficacia delle garanzie*
- 8.bis *Revoca della Proposta*
- 8.ter *Diritto di Recesso*
9. *Non accettazione del rischio da parte della Società*
10. *Carenza*
11. *Certificato di assicurazione*
12. *Intermediario*
13. *Collegio arbitrale*

**ALLEGATO 2** ..... pag. 5

**I. DISCIPLINA DEL CONTRATTO** ..... pag. 5

**II. DEFINIZIONI**..... pag. 5

**III. Disposizioni di carattere generale della polizza collettiva per l'Assicurazione sulla vita degli affiliati all'Associazione "Antonio Pastore" nella forma di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" (in forma Temporanea e Vita intera)**..... pag. 6

1. *Obblighi della società*
2. *Documentazione per l'attivazione della polizza collettiva*
3. *Effetto della polizza collettiva*
4. *Limiti di età e termine del differimento*
5. *Dichiarazioni del contraente e degli assicurati*
6. *Pagamento del premio*
7. *Prestazioni garantite dalla polizza collettiva per l'assicurazione sulla vita*
8. *Durata della polizza collettiva*
9. *Cessione - pegno - vincolo*
10. *Beneficiari*

11. *Cessione dei benefici*

12. *Pagamento delle prestazioni*

12.bis *Prescrizione*

13. *Imposte*

14. *Foro competente*

**IV. Condizioni speciali di Assicurazione per la forma assicurativa di Rendita collegata a problemi di non autosufficienza** ..... pag. 7

Art. 1 *Oggetto dell'assicurazione*

Art. 2 *Definizione della dipendenza*

Art. 3 *Delegato*

Art. 4 *Rivalutazione delle prestazioni*

Art. 5 *Ammontare della rendita garantita*

Art. 6 *Riconoscimento dello stato di dipendenza da parte della Società*

Art. 7 *Condizioni di pagamento della rendita*

Art. 8 *Rivedibilità dello stato di dipendenza*

Art. 9 *Rischi esclusi*

Art. 10 *Riscatto - Riduzione*

Art. 11 *Premio di Assicurazione*

Art. 12 *Abbuono di premio*

Art. 13 *Termine della garanzia assicurativa*

Art. 14 *Premio di Assicurazione per la forma Vita Intera*

**ALLEGATO 3** ..... pag. 11

Documenti da presentare per l'attivazione delle garanzie assicurative

**ALLEGATO 4** ..... pag. 12

Documenti da presentare in caso di dipendenza totale e permanente e in caso di variazione del delegato

Tabella n. 1

Tabella n. 2

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY**..... pag. 14

**DOMANDA DI ADESIONE** ..... pag. 17

# ALLEGATO 1

## alla Convenzione Antonio Pastore N. 3127

### I. DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

#### 1. PRESTAZIONI

Le prestazioni garantite dalla presente Convenzione sono le seguenti:

1. per la Rendita collegata a problemi di non autosufficienza nella forma Temporanea: si garantisce all'Assicurato che si venga a trovare, durante il periodo contrattuale, ma non oltre il suo 80° anno di età, in uno stato di dipendenza totale e permanente, l'erogazione di una rendita mensile;
2. per la Rendita collegata a problemi di non autosufficienza nella forma Vita Intera con pagamento premi fino all'80° anno di età: si garantisce all'Assicurato, in qualsiasi momento venga a trovarsi in uno stato di dipendenza totale e permanente, l'erogazione di una rendita mensile.

#### 2. PREMI E CONDIZIONI

Le forme assicurative relative alle prestazioni della presente Convenzione sono regolate dalla Polizza, di cui all'Allegato 2 e sono stipulate applicando i premi riportati in allegato alla presente Convenzione.

#### 3. CONTRAENTE ED ASSICURATI

Contraente delle Polizze stipulate per usufruire delle prestazioni assicurative relative alla presente Convenzione è l'Associazione "ANTONIO PASTORE" che agisce in nome proprio ma per conto dei propri "Affiliati". Assicurati di dette Polizze, nei limiti contrattuali ivi previsti, possono essere tutti gli "Affiliati" all'Associazione "Antonio Pastore" che ne facciano richiesta, mediante la documentazione prevista nell'Allegato 3, a condizione che non abbiano una copertura assicurativa equivalente prestata da Aviva Assicurazioni Vita S.p.A.

Il Contraente si assume l'obbligo di consegnare, a coloro che in qualità di Assicurati aderiscano alla Convenzione n. 3127, le condizioni di polizza.

Detta consegna dovrà avvenire all'atto della sottoscrizione, da parte dell'Assicurato, della "Domanda di Adesione".

#### 4. PREMI DI ASSICURAZIONE

A fronte delle garanzie prestate è dovuto, per ciascun Assicurato, un premio annuo lordo anticipato di cui alle Tabelle 1 e 2 allegate.

Il premio annuo di assicurazione per la forma assicurativa di Rendita collegata a problemi di non autosufficienza si determina come segue:

- a. **per la forma Temporanea:** sarà determinato all'inizio di ciascun anno di assicurazione in base ai premi di cui alla Tabella n. 1 con riferimento al sesso e all'età raggiunta dall'Assicurato al 1° gennaio, in anni interi, trascurando le frazioni di anno inferiori a sei mesi e computando, invece, come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi. Nel caso in cui l'Assicurato entri in Convenzione nel corso dell'anno sarà dovuto, solo per il primo anno, il rateo di premio riferito al periodo intercorrente tra la data di effetto dell'assicurazione ed il successivo 31/12;
- b. **per la forma Vita Intera:** sarà determinato alla data di effetto dell'assicurazione in base ai premi di cui alla Tabella n. 2 con riferimento al sesso e all'età, per anni interi, raggiunta dall'Assicurato alla stessa data, trascurando le frazioni di anno inferiori a sei mesi e computando, invece, come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi. Il premio annuo potrà essere, a richiesta del Contraente, suddiviso in rate trimestrali.

#### 5. SOSPENSIONE DELLA COPERTURA

A parziale deroga dell'Art. 1901 del C.C., le rate di premio successive alla prima, dovranno pervenire alla Società entro le ore 24.00 del 45° giorno dalla scadenza della rata; trascorso tale termine le coperture resteranno sospese.

Nel caso in cui venga denunciata la perdita permanente dell'autosufficienza nei 45 giorni sopra indicati, il premio precedentemente scaduto è comunque dovuto per intero.

#### 6. RIATTIVAZIONE

L'Assicurato, nei sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata può comunque riattivare il contratto versando gli importi di premio arretrati, comprensivi degli interessi legali, salvo quanto previsto al punto 5.; in tale circostanza verrà

applicato il periodo di carenza così come indicato al successivo punto 10.

La riattivazione avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno in cui verranno corrisposti tutti i premi arretrati. In tale circostanza, qualora l'insorgenza delle affezioni o il verificarsi dell'infortunio che determinano uno stato di dipendenza siano riconducibili ad un periodo in cui le coperture erano sospese, la Società non corrisponderà la prestazione ed i premi resteranno acquisiti alla stessa.

Nel caso di interruzione per più di sei mesi del pagamento del premio, la riattivazione delle prestazioni potrà avvenire entro un anno dalla data di effetto del primo premio non pagato, ma solo previa espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società, che può chiedere accertamenti sanitari e/o la compilazione di un nuovo questionario medico relativo allo stato di salute dell'Assicurato, e decidere circa la riattivazione, tenendo conto del loro esito. Anche in tale circostanza saranno dovuti tutti i premi in arretrato maggiorati degli interessi legali.

## **7. CONTINUITÀ ASSICURATIVA**

Alle scadenze di premio previste al precedente punto 4 saranno di volta in volta attribuiti i versamenti effettuati dal Contraente, senza soluzione di continuità, indipendentemente dalla data di ricevimento. A fronte di pagamenti relativi a tutte le rate di premio rimaste insolute, le coperture riprenderanno vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui sarà stato corrisposto il premio, fermo restando le successive scadenze contrattualmente stabilite.

## **8. DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE ED EFFICACIA DELLE GARANZIE**

La decorrenza dell'Assicurazione, nel caso in cui l'assunzione del rischio da parte della Società avvenga esclusivamente in base alla modulistica prevista nell'Allegato 3, è fissata al 1° giorno del secondo mese successivo a quello di pervenimento alla Società della richiesta di adesione da parte dell'Assicurato. Nel caso in cui la Società ritenga necessario acquisire ulteriore documentazione sanitaria la decorrenza dell'Assicurazione sarà fissata, in caso di accettazione del rischio da parte della stessa, il:

a. 1° giorno del mese successivo a quello di pervenimento alla Società stessa di tutta la documentazione richiesta, se quest'ultima perviene nei primi quindici giorni del mese; resta comunque stabilito che, nel caso in cui tutta la documentazione pervenga nel mese di ricezione dell'adesione da parte della Società, la decorrenza dell'Assicurazione sarà comunque fissata al primo giorno del secondo mese successivo alla ricezione stessa;

b. 1° giorno del secondo mese successivo a quello di pervenimento della documentazione, se quest'ultima perviene oltre il quindicesimo giorno del mese.

La Società potrà richiedere gli eventuali ulteriori accertamenti medici entro e non oltre 25 giorni dalla data di ricevimento della modulistica prevista dall'Allegato 3.

Tutti gli accertamenti richiesti dovranno pervenire alla Società o all'Intermediario entro tre mesi dalla loro notifica, pena l'annullamento della Domanda di Adesione.

Il Contratto si intende concluso nel momento in cui l'Assicurato riceve il Certificato di Assicurazione e comunque il 60° giorno successivo alla data di decorrenza. Le garanzie prestate avranno efficacia dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza dell'Assicurazione, a condizione che il premio pervenga alla Società o all'Intermediario entro 45 giorni dalla suddetta decorrenza. Nel caso in cui venga denunciata la perdita permanente dell'autosufficienza nel periodo sopra indicato, il premio è comunque dovuto per intero. Nel caso in cui non si verifichino le suddette condizioni, la richiesta di adesione alla copertura assicurativa si intenderà annullata.

## **8 BIS. REVOCA DELLA PROPOSTA**

Nella fase che precede la conclusione del contratto, l'Assicurato ha sempre la facoltà di revocare la Domanda di Adesione mediante lettera raccomandata A/R inviata al recapito qui precisato:

Aviva Assicurazioni Vita S.p.A.  
Viale Abruzzi, 94  
20131 Milano.

Entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione l'Impresa rimborsa all'Assicurato le somme eventualmente versate.

## **8 TER. DIRITTO DI RECESSO**

L'Assicurato ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione dello stesso. Il recesso deve essere esercitato mediante lettera raccomandata A/R indirizzata ad:

Aviva Assicurazioni Vita S.p.A.  
Viale Abruzzi, 94  
20131 Milano.

Il recesso ha effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione del recesso quale risulta dal timbro postale di invio. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione

di recesso l'Impresa rimborsa all'Assicurato il premio versato, previa consegna dell'originale di polizza e delle appendici.

## **9. NON ACCETTAZIONE DEL RISCHIO DA PARTE DELLA SOCIETÀ**

L'eventuale rifiuto da parte della Società della copertura assicurativa verrà comunicato all'Assicurato mediante lettera raccomandata, che verrà inviata entro i termini previsti per la decorrenza dell'Assicurazione. Il rifiuto avrà effetto dalla data di invio della raccomandata da parte della Società.

## **10. CARENZA**

Nel caso in cui la copertura assicurativa venga prestata esclusivamente sulla base del questionario medico e lo stato di non autosufficienza intervenga prima che siano trascorsi sei mesi dalla data di ingresso, o di riattivazione delle prestazioni, in luogo della rendita sarà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati dalla decorrenza o dalla data di riattivazione, al netto degli accessori. Tale limitazione non sarà applicata nel caso in cui lo stato di non autosufficienza si verifichi a seguito di:

- a. una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'ingresso o il reingresso dell'"Affiliato" in Convenzione: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica, deterioramento improvviso (sanguinamento) di malformazione vascolare misconosciuta a livello del sistema nervoso centrale (encefalo, midollo spinale);
- b. shock anafilattico sopravvenuto dopo l'ingresso o il reingresso dell'"Affiliato" in Convenzione;
- c. infortunio.

Limitatamente al caso dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altre patologie ad essa collegate, il suddetto periodo di carenza viene esteso a cinque anni.

Qualora la Società abbia richiesto di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e l'Assicurato non aderisca a tale richiesta, rimane convenuto che nel caso in cui lo stato di dipendenza totale e permanente si manifesti nei primi sette anni dalla data di ingresso in Convenzione e sia dovuto a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS),

ovvero da altra malattia ad essa collegata, la rendita non sarà pagata e la Società corrisponderà una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto degli accessori.

## **11. CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE**

A conferma delle coperture assicurative sarà emesso dalla Società, entro due mesi dalla data di decorrenza della garanzia un Certificato di Assicurazione.

## **12. INTERMEDIARIO**

L'Associazione "Antonio Pastore" si è rivolta alla Spettabile "ASSIDIR S.r.l." - Via Stoppani, 6 - Milano, quale agente assicurativo, per l'espletamento degli oneri relativi alla gestione della presente Convenzione di cui all'ART. 3 della Convenzione.

## **13. COLLEGIO ARBITRALE**

Ogni controversia che possa insorgere tra le Parti in relazione all'interpretazione ed all'applicazione operativa:

- delle presenti Disposizioni di carattere Generale;
- delle Disposizioni di carattere Generale della Polizza Collettiva per l'Assicurazione sulla Vita nella forma di Rendita collegata a Problemi di non Autosufficienza; sarà deferita ad un Collegio di Arbitri che si pronuncerà in modo rituale.

Il Collegio Arbitrale sarà composto da tre membri così nominati:

- uno dalla Parte che abbia richiesto la convocazione del Collegio contemporaneamente a tale richiesta ed all'accettazione dell'incarico da parte del proprio Arbitro;
  - uno dall'altra Parte, entro 30 giorni dalla comunicazione della suddetta richiesta, con la contemporanea accettazione dell'incarico del proprio Arbitro;
  - il terzo Arbitro sarà nominato entro 30 giorni d'accordo tra i due Arbitri di Parte, sempre con la contemporanea accettazione dell'incarico.
- Per tutto quanto non previsto al riguardo si fa espresso riferimento alle norme dell'arbitrato contenute negli articoli 806 e seguenti del c.p.c. così come modificati dalla Legge 25/1994.  
Sede dell'Arbitrato: Milano.

## ALLEGATO 2

### alla Convenzione Antonio Pastore N. 3127

#### **POLIZZA COLLETTIVA PER L'ASSICURAZIONE SULLA VITA NELLA FORMA DI RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA:**

- nella forma Temporanea;
- nella forma Vita Intera.

#### **I. DISCIPLINA DEL CONTRATTO**

Il presente contratto di assicurazione sulla vita è disciplinato, oltre che dalle norme legislative in materia, dalle:

- Disposizioni di carattere Generale della Polizza Collettiva per l'Assicurazione sulla Vita;
- Condizioni Speciali di Assicurazione per la forma assicurativa "Rendita collegata a Problemi di non Autosufficienza" nella forma Temporanea;
- Condizioni Speciali di Assicurazione per la forma assicurativa "Rendita collegata a Problemi di non Autosufficienza" nella forma Vita Intera.

#### **II. DEFINIZIONI**

Alle seguenti espressioni è convenzionalmente attribuito il significato qui precisato:

**ASSICURATO:** la persona sulla cui vita è stipulato il contratto e cioè l'Affiliato all'Associazione "Antonio Pastore" per conto del quale viene sottoscritta la seguente Convenzione dal Contraente;

**BENEFICIARI:** coloro ai quali spettano le somme assicurate;

**CARENZA:** intervallo di tempo che intercorre tra la data di decorrenza dell'Assicurazione o della riattivazione della garanzia e la piena efficacia della garanzia stessa;

**CONSUMATORE:** Contraente, Beneficiario o chiunque avanzi un giudizio contro la Società;

**CONTRAENTE:** persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione e cioè l'Associazione "Antonio Pastore";

**DELEGATO:** la persona designata dall'Assicurato a percepire la rendita erogata dalla Società al verificarsi dell'evento garantito dalla Polizza;

**ETÀ:** per la forma assicurativa "Rendita collegata a problemi di non Autosufficienza", (Temporanea), l'età si determina per anni interi al 1° Gennaio, trascurando le frazioni di anno inferiori a sei mesi e computando, invece, come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi. Per la forma di "Rendita collegata a problemi di non Autosufficienza" (Vita Intera), l'età si determina per anni interi alla data di decorrenza dell'Assicurazione, trascurando le frazioni di anno inferiori a sei mesi e computando, invece, come anno intero la frazione uguale o superiore a sei mesi;

**INSORGENZA:** quell'episodio a seguito del quale, secondo documentazione medica, ci sia motivo di ritenere che le conseguenze di un'affezione possano far attivare la garanzia assicurativa;

**POLIZZA:** documento che prova l'esistenza del Contratto di Assicurazione;

**PREMIO:** l'importo dovuto dal Contraente alla Società;

**SOCIETÀ:** Aviva Assicurazioni Vita S.p.A.;

**INTERMEDIARIO:** "ASSIDIR S.r.l." agente di Assicurazione.

### **III: DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE DELLA POLIZZA COLLETTIVA PER L'ASSICURAZIONE SULLA VITA DEGLI AFFILIATI ALL'ASSOCIAZIONE "ANTONIO PASTORE", NELLA FORMA "RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA" (IN FORMA TEMPORANEA E VITA INTERA)**

#### **1. OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ**

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla Polizza, dalle Appendici e dagli allegati rilasciati dalla Società stessa.

#### **2. DOCUMENTAZIONE PER L'ATTIVAZIONE DELLA POLIZZA COLLETTIVA**

Per l'attivazione della Polizza Collettiva per l'Assicurazione sulla Vita l'Assicurato è tenuto a sottoscrivere gli appositi moduli (Allegato 3), l'uno costituito da una scheda anagrafica contenente le generalità dell'Assicurato e la designazione del Delegato, l'altro dal questionario medico ed a sottoporsi alle eventuali visite mediche richieste dalla Società.

#### **3. EFFETTO DELLA POLIZZA COLLETTIVA**

La Polizza Collettiva per l'Assicurazione sulla Vita ha effetto dal 15.06.2004.

#### **4. LIMITI DI ETÀ E TERMINE DEL DIFFERIMENTO**

L'età dell'Assicurato alla decorrenza dell'Assicurazione deve essere compresa tra 30 e 80 anni.

Il termine del periodo di differimento è fissato, per ciascun Assicurato, all'80° anno di età, se la garanzia è prestata in forma Temporanea. Nei casi in cui la garanzia sia prestata nella forma Vita Intera il termine suddetto è fissato al decesso dell'Assicurato.

#### **5. DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DEGLI ASSICURATI**

Decorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'Assicurazione, la Polizza è incontestabile per reticenze o dichiarazioni erronee rese dal Contraente e/o dall'Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta in malafede e salvo la rettifica delle prestazioni assicurate in base all'età vera degli assicurati, quando quella denunciata risulti errata.

#### **6. PAGAMENTO DEL PREMIO**

Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

#### **7. PRESTAZIONI GARANTITE DALLA POLIZZA COLLETTIVA PER L'ASSICURAZIONE SULLA VITA**

Le prestazioni garantite, durante il periodo di differimento, in relazione al tipo di garanzia prestata (forma Temporanea o forma Vita Intera), sono costituite da una rendita vitalizia mensile erogata nel caso in cui l'Assicurato abbia perso l'autosufficienza nel compimento di almeno 3 dei seguenti atti "elementari" della vita quotidiana quali:

- farsi il bagno o la doccia;
- vestirsi;
- lavarsi;
- muoversi;
- continenza;
- nutrirsi.

#### **8. Durata della polizza collettiva**

La presente Polizza collettiva è stipulata per una durata di 2 anni ed è prorogata per un anno e così successivamente, a meno che non sia disdetta da una delle Parti, con preavviso di almeno sei mesi, a mezzo lettera raccomandata.

Resta tuttavia inteso che le prestazioni garantite in base ai versamenti effettuati dal Contraente per le posizioni che siano in vigore alla data della disdetta rimarranno in essere alle condizioni della presente Polizza Collettiva, quindi:

- per la forma temporanea fino al 31.12 dell'anno in cui avrà effetto la disdetta;
- per la forma vita intera verrà garantita la possibilità di proseguire il piano dei versamenti fino alla sua naturale scadenza.

Le Parti convengono infine espressamente che, qualora nel periodo di vigore della Polizza le condizioni contrattuali non risultassero più compatibili per sopravvenuta modifica o sostituzione a seguito di disposizioni dell'organo di controllo o per legge, si procederà ai necessari adeguamenti per quanto concerne le forme assicurative da prestare in relazione ai premi versati in epoca successiva alla suddetta modifica o sostituzione.

## **9. CESSIONE - PEGNO - VINCOLO**

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di Polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di riscatto o di prestito richiedono l'assenso scritto del creditore o vincolatario.

## **10. BENEFICIARI**

Il Contraente designa il Beneficiario e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- a. dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- b. dopo la morte del Contraente;
- c. dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi, le operazioni di prestito, pegno o vincolo di Polizza richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoke o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Società o contenute in un valido testamento ex art. 1920 c.c..

In caso di pluralità di designazione e/o testamenti avrà efficacia esclusiva l'ultima designazione avvenuta.

## **11. CESSIONE DEI BENEFICI**

Il Contraente rinuncia a favore dei singoli Assicurati alla designazione beneficiaria di cui al precedente punto 10.

Pertanto, in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato, il beneficio della rendita erogabile spetterà all'Assicurato stesso ed in caso di riconoscimento della non autosufficienza in un momento successivo al decesso dell'Assicurato, agli eredi legittimi o testamentari.

## **12. PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI**

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo al pagamento e ad individuare gli aventi diritto. È comunque necessario un documento di riconosci-

mento valido dell'Assicurato che può essere consegnato sin dal momento della stipulazione del contratto e che, in difetto, verrà richiesto dalla Società all'Assicurato successivamente la stipulazione.

La Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, mediante bonifico o altra modalità di pagamento concordata.

## **12.bis PRESCRIZIONE**

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti da qualsiasi Contratto di Assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano, fatte salve specifiche disposizioni di Legge.

## **13. IMPOSTE**

Le imposte relative alla presente Polizza Collettiva sono a carico del Contraente e degli Assicurati.

## **14. FORO COMPETENTE**

Per le controversie relative al presente Contratto è competente il Foro di residenza o di domicilio del Consumatore.

# **IV. CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE PER LA FORMA ASSICURATIVA DI RENDITA COLLEGATA A PROBLEMI DI NON AUTOSUFFICIENZA.**

## **ARTICOLI VALIDI PER LA FORMA TEMPORANEA E PER LA FORMA VITA INTERA.**

### **ART. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

La presente Polizza Collettiva garantisce il pagamento di una rendita vitalizia in rate mensili posticipate nel caso in cui l'Assicurato si trovi nello stato di dipendenza così come descritto all'Art. 2.

### **ART. 2 DEFINIZIONE DELLA DIPENDENZA**

È considerato dipendente l'Assicurato che, a seguito di accertamento clinico, si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente, derivante da qualsiasi causa, di poter compiere 3 delle seguenti 6 azioni consuete della vita quotidiana:

**LAVARSI:** effettuare la propria igiene fisica (intesa come capacità di radersi, pettinarsi o di fare la toilette), senza l'assistenza di una terza persona.

**NUTRIRSI:** capacità di mangiare e bere, senza l'assistenza di una terza persona.

**MUOVERSI:** capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi senza l'assistenza di una terza persona.

**VESTIRSI:** capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti senza l'assistenza di una terza persona.

**CONTINENZA:** la capacità di controllare le funzioni corporali.

**FARSI IL BAGNO O LA DOCCIA:** capacità di compiere tali azioni senza l'assistenza di una terza persona.

### **ART. 3 DELEGATO**

L'Assicurato potrà designare il 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 a mezzo lettera raccomandata alla Società, per il tramite del Contraente o dell'Intermediario.

### **ART. 4 RIVALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

Ad ogni anniversario della data di denuncia dello stato di dipendenza, la rendita sarà maggiorata di un tasso pari al 3%.

L'aumento della rendita assicurata verrà di volta in volta comunicato per iscritto all'Assicurato o al Delegato se designato.

### **ART. 5 AMMONTARE DELLA RENDITA GARANTITA**

L'Assicurato percepirà, in caso di dipendenza e fintanto che si trovi in tale stato, a decorrere dalla data di denuncia, una rendita vitalizia iniziale di: Euro 2.000,00 mensili, per la Forma Temporanea, o di Euro 2.582,28 mensili, per la Forma Vita Intera, pagabili in rate posticipate.

### **ART. 6 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI DIPENDENZA DA PARTE DELLA SOCIETÀ**

Verificatosi lo stato di dipendenza, l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso, con lettera raccomandata alla Società o al Contraente o all'Intermediario".

La data di denuncia coincide con quella risultante dal timbro postale di invio alla Società, al Contraente, o all'Intermediario della lettera raccomandata;

(per la forma Temporanea la denuncia deve essere effettuata non oltre un anno dal 31.12 dell'anno in cui ha effetto l'eventuale disdetta della presente Convenzione). La denuncia deve essere accompagnata da tutta la documentazione necessaria per verificare lo stato di salute dell'Assicurato e consistente in un certificato redatto dal proprio medico curante o dal medico ospedaliero che attesti lo stato di dipendenza dell'Assicurato e che riporti la data di inizio della dipendenza, precisando l'origine accidentale o patologica della/delle affezione/i, nonché la data di insorgenza della/delle affezione/i stessa/e.

La Società potrà richiedere di accertare lo stato di dipendenza dell'Assicurato tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente far prescrivere tutti gli esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso.

L'accertamento dello stato di dipendenza potrà svolgersi presso il domicilio dell'Assicurato o presso l'Ente di cura dove si trova l'Assicurato stesso. La rendita sarà corrisposta se lo stato di dipendenza dell'Assicurato risulterà confermato in maniera definitiva, ovvero tale da escludere la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso.

### **ART. 7 CONDIZIONI DI PAGAMENTO DELLA RENDITA**

La Società si impegna ad accertare lo stato di dipendenza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data della denuncia, semprechè l'Assicurato abbia ottemperato a quanto richiesto dalla Società ai sensi dell'Art. 6 che precede. La Società, in ogni caso, erogherà la rendita garantita a partire dalla terza ricorrenza mensile successiva alla data di presentazione della denuncia per il riconoscimento dello stato di dipendenza.

Alla prima scadenza di pagamento della rendita successiva al riconoscimento dello stato di dipendenza, la Società corrisponderà, oltre alla rendita in scadenza, le rate arretrate, scadute nel periodo intercorso tra la denuncia dello stato di dipendenza e la terza ricorrenza mensile successiva alla presentazione della stessa.

Nel caso in cui la Società entro i 180 giorni utili, accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari all'erogazione della rendita, le rate eventualmente già erogate a favore dell'Assicurato dovranno essere restituite alla Società e l'Assicurato sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato e relative a premi scaduti successivamente alla denuncia. Qualora l'Assicurato intenda insistere nella sua richiesta, potrà ricorrere alla seguente procedura arbitrale, comunicando il nome del proprio arbitro.

L'eventuale controversia sull'esistenza della perdita di autosufficienza sarà deferita ad un collegio arbitrale composto da tre medici, scelti i primi due dalle parti, uno per ciascuna, e il terzo d'accordo dai due primi nominati.

In mancanza di accordo, il terzo medico arbitro sarà scelto dal Presidente del Tribunale nella cui circoscrizione l'Assicurato risiede, su richiesta della parte più diligente. Il giudizio degli arbitri sarà inappellabile.

Ciascuna delle parti pagherà le spese e competenze del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

Il decesso dell'Assicurato durante il periodo di accertamento dello stato di dipendenza viene equiparato al riconoscimento di tale stato. Pertanto la Società, sempreché ricevuta tutta la documentazione sanitaria prevista dall'Art. 6 e avendo effettuato gli accertamenti dovuti conclusisi con accertamento dello stato di dipendenza da parte del medico della Società, paga agli eredi legittimi o testamentari le rate di rendita intercorrenti dalla data di denuncia del sinistro al decesso dell'Assicurato. La rendita è pagabile mensilmente e per tutto il periodo in cui perduri lo stato di dipendenza o al massimo fino al decesso dell'Assicurato. Il pagamento viene effettuato direttamente sul conto corrente dell'Assicurato, oppure se espressamente indicato, sul conto corrente del Delegato.

Durante il periodo di pagamento della rendita, se l'Assicurato esce dallo stato di dipendenza è tenuto a darne comunicazione alla Società entro il periodo di 30 giorni. Inoltre gli eredi dell'Assicurato dovranno informare la Società del decesso dell'Assicurato entro 30 giorni seguenti la data del decesso. Le eventuali rate di rendita pagate oltre il decesso dell'Assicurato o oltre l'uscita dallo stato di dipendenza saranno restituite alla Società.

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

#### **ART. 8 RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI DIPENDENZA**

La Società, a proprie spese e non più di una volta l'anno, si riserva la facoltà, ove lo ritenga opportuno, di richiedere un controllo sanitario sullo stato di salute dell'Assicurato attraverso un medico di propria fiducia.

L'accertamento si svolgerà presso il domicilio dell'Assicurato o presso l'Ente di cura dove si trova ricoverato l'Assicurato stesso. La Società potrà inoltre richiedere i documenti che riterrà necessari

per valutare lo stato di salute dell'Assicurato ed in particolare quelli che attestino la permanenza dello stato di dipendenza. Qualora l'accertamento evidenzi la cessazione dello stato di dipendenza, la Società comunica al Contraente ed all'Assicurato la sospensione del pagamento della rendita. Il Contraente è tenuto al pagamento del premio di Polizza a partire dal momento in cui è stata accertata la cessazione dello stato di dipendenza.

Un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato dovrà essere indirizzato alla Società ogni 6 mesi, anche se la stessa si riserva il diritto di richiedere tale documento in ogni momento in cui lo ritenga necessario. Nel caso in cui l'Assicurato si rifiuti di sottoporsi ad un controllo o di consegnare i documenti richiesti, il pagamento della rendita verrà sospeso.

#### **ART. 9 RISCHI ESCLUSI**

Sono esclusi dalla garanzia i casi di dipendenza dovuti alle seguenti cause:

- dolo dell'Assicurato o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- atti contro la persona dell'Assicurato da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- 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;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, tumulti popolari, operazioni militari;
- incidenti 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;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e accelerazioni di particelle atomiche;
- abuso di alcolici o di farmaci e uso di stupefacenti o di allucinogeni;
- pratica di sport pericolosi: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, atletica pesante, lotta, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, speleologia, alpinismo, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere, rugby, football americano, hockey su ghiaccio, sport equestri in genere, corse o gare automobilistiche e relative prove o allenamenti e comunque qualsiasi sport svolto a livello professionistico.

#### **ART. 10 RISCATTO - RIDUZIONE**

La presente forma assicurativa non ammette valore di riscatto né di riduzione.

#### **ART. 11 PREMIO DI ASSICURAZIONE**

Nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio applicato per ogni Assicurato evidenzino uno scostamento rispetto agli effettivi e/o attesi andamenti degli eventi in copertura, misurabili direttamente sul portafoglio assicurativo o in ambito generale da altri qualificati organismi, la Società si riserva la facoltà di rivedere ogni cinque anni dall'ingresso in assicurazione dell'Assicurato il premio precedentemente determinato ed applicato.

#### **ARTICOLI VALIDI PER LA FORMA TEMPORANEA**

#### **ART. 12 ABBUONO DI PREMIO**

Alla scadenza della Convenzione, nel caso in cui il numero di teste-anno sia, nel periodo di osservazione, superiore a 5.000, verrà liquidato al Contraente, un abbuono di premio determinato per mezzo della seguente formula:

$$B = K * (A * P - S)$$

dove:

**P** sta ad indicare l'ammontare dei premi versati relativi al periodo di osservazione;

**S** sta ad indicare il valore capitale delle rendite che decorrono in detto periodo, compreso il valore capitale delle somme riservate per sinistri verificatisi in detto periodo, ancorché denunciati successivamente.

**K** ed **A** sono i coefficienti che assumono i valori indicati nella seguente tabella in relazione al numero di teste anno Assicurate nel periodo considerato:

	K	A
da 5.001 a 10.000	0,50	0,50
da 10.001	0,50	0,75

Per periodo di osservazione si intende la durata della Convenzione.

Ai fini di cui sopra per teste-anno si intende il prodotto del numero di teste che sono state assicurate nel periodo di osservazione per la relativa permanenza pro-capite in assicurazione nel periodo stesso espressa in anni e frazioni di anno.

#### **ART. 13 TERMINE DELLE GARANZIE ASSICURATIVE**

La presente Assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al raggiungimento del 80° anno di età dell'Assicurato, sempre che prima di tale termine non sia stato denunciato e successivamente dichiarato il suo stato di dipendenza.

In questo caso la prestazione gli verrà liquidata vita natural durante, o fintanto che permanga lo stato di dipendenza.

#### **ARTICOLI VALIDI PER LA FORMA VITA INTERA**

#### **ART. 14 PREMIO DI ASSICURAZIONE PER LA FORMA VITA INTERA**

Il premio annuo, determinato in base al sesso ed all'età dell'Assicurato alla data di effetto della garanzia assicurativa, come da allegata Tabella 2, è dovuto fino al raggiungimento dell'80° anno di età dell'Assicurato.

## ALLEGATO 3

### alla Convenzione Antonio Pastore N. 3127

#### DOCUMENTI DA PRESENTARE PER L'ATTIVAZIONE DELLE GARANZIE ASSICURATIVE

I documenti che ogni singolo assicurando deve presentare per accedere alle forme assicurative previste dalla presente Convenzione sono i seguenti:

- il Modulo di **Domanda di Adesione alla "Garanzia di rendita collegata a problemi di non autosufficienza"**, costituito da una scheda anagrafica contenente le generalità del singolo Assicurando, la richiesta di adesione alla garanzia in forma Temporanea o in forma Vita Intera prevista dalla presente Convenzione e la designazione del delegato alla riscossione della Rendita collegata a problemi di non autosufficienza.

L'Assicurando dovrà compilare personalmente il su detto Modulo, datarlo e sottoscriverlo.

A richiesta dell'Assicurando l'Associazione "Antonio Pastore", per il tramite di "ASSIDIR S.r.l.", curerà l'invio del Modulo di Domanda di Adesione al singolo Assicurando, nonché la ritrasmissione dello stesso, una volta ricevuto, debitamente compilato dall'Assicurato, ad "Aviva Assicurazioni Vita S.p.A."

- il Modulo "**Questionario Medico**" costituito da una sintetica indicazione delle generalità dell'Assicurando ed un questionario relativo allo stato di salute dello stesso.

L'Assicurando dovrà compilare personalmente il su detto Modulo, datarlo e sottoscriverlo congiuntamente al proprio medico curante.

L'Associazione "Antonio Pastore", per il tramite di "ASSIDIR S.r.l.", curerà l'invio del Modulo "Questionario Medico" al singolo Assicurando, nonché la ritrasmissione dello stesso, una volta ricevuto, debitamente compilato dall'Assicurato, ad "Aviva Assicurazioni Vita S.p.A."

## **ALLEGATO 4**

### **alla Convenzione Antonio Pastore N. 3127**

#### **DOCUMENTI DA PRODURRE IN CASO DI:**

- STATO DI DIPENDENZA TOTALE E PERMANENTE (NON AUTOSUFFICIENZA)**
- VARIAZIONE DEL DELEGATO**

Gli Assicurati o i loro aventi diritto per poter usufruire delle Prestazioni relative alle forme assicurative della presente Convenzione devono necessariamente produrre, per il buon fine delle stesse, la documentazione prevista dalle condizioni contrattuali e qui di seguito analiticamente riportata a seconda dei casi.

#### **A. STATO DI DIPENDENZA TOTALE E PERMANENTE (NON AUTOSUFFICIENZA)**

Al verificarsi dell'evento previsto dovrà essere trasmessa, a cura dell' Assicurato, o chi per esso, al Contraente:

- a. la richiesta di indennizzo redatta e sottoscritta dall'Assicurato o chi per esso;
- b. tutta la documentazione sanitaria che Aviva Assicurazioni Vita S.p.A. dovesse richiedere per l'istruzione e valutazione del sinistro denunciato compreso l'apposito "Modello Liquidativo".

L'Associazione "Antonio Pastore", avvalendosi di "ASSIDIR S.r.l." nella sua qualità di Intermediario, previo controllo di tutta la documentazione raccolta, provvederà ad inviare la stessa ad Aviva Assicurazioni Vita S.p.A..

#### **B. VARIAZIONE DEL DELEGATO**

È facoltà dell'Assicurato richiedere la revoca del delegato precedentemente designato.

A tal fine l'Assicurato dovrà inoltrare lettera raccomandata all'Associazione "Antonio Pastore" o ad "ASSIDIR S.r.l."; quest'ultima, in qualità di Intermediario ne curerà l'invio a Aviva Assicurazioni Vita S.p.A..

La variazione avrà effetto dal giorno di spedizione della lettera raccomandata da parte dell'Assicurato, quale risulta dal timbro postale di invio.

# CONVENZIONE ANTONIO PASTORE n. 3127

## Costo annuo per età e sesso

**TABELLA 1**

Premi monoannuali relativi alla forma assicurativa di Rendita collegata a problemi di non Autosufficienza nella forma "TEMPORANEA"  
– RENDITA MENSILE € 2.000,00 –

Età	Maschi	Femmine
30	97,13	89,32
31	95,71	88,07
32	94,29	86,83
33	92,88	85,60
34	91,48	84,39
35	90,09	83,19
36	88,71	82,00
37	90,33	80,82
38	95,98	79,66
39	102,17	78,51
40	108,95	77,37
41	116,37	76,24
42	124,50	78,13
43	133,38	84,05
44	143,10	90,74
45	153,71	98,30
46	165,30	106,85
47	177,98	116,50
48	191,82	127,40
49	206,91	139,68
50	223,35	153,52
51	229,10	163,51
52	235,29	174,38
53	242,00	186,20
54	249,28	199,07
55	257,24	213,10
56	265,94	228,41
57	275,49	245,14
58	286,00	263,45
59	297,57	283,51
60	310,36	305,50
61	338,07	340,51
62	368,53	379,83
63	402,00	423,96
64	438,77	473,46
65	479,21	528,95
66	523,65	591,04
67	572,32	660,42
68	625,62	737,99
69	683,85	824,62
70	747,84	921,39
71	817,53	1.029,12
72	893,52	1.148,79
73	976,07	1.281,37
74	1.065,82	1.428,28
75	1.163,48	1.590,95
76	1.270,06	1.771,00
77	1.385,02	1.969,93
78	1.509,09	2.189,13
79	1.643,30	2.430,68
80	1.788,58	2.696,57

**TABELLA 2**

Premi annui relativi alla forma assicurativa di Rendita collegata a problemi di non Autosufficienza nella forma "VITA INTERA"  
– RENDITA MENSILE € 2.582,28 –

Età	Maschi	Femmine
30	428,72	682,54
31	441,07	703,15
32	454,12	724,81
33	467,92	747,59
34	482,54	771,57
35	498,04	796,83
36	514,49	823,48
37	531,96	851,60
38	550,37	881,32
39	569,58	912,75
40	589,61	946,04
41	610,52	981,33
42	632,34	1.018,80
43	655,13	1.058,46
44	678,92	1.100,27
45	703,77	1.144,38
46	729,73	1.190,96
47	756,85	1.240,18
48	785,18	1.292,23
49	814,77	1.347,33
50	845,68	1.405,70
51	877,95	1.467,61
52	912,63	1.533,72
53	949,96	1.604,48
54	990,28	1.680,38
55	1.033,92	1.761,98
56	1.081,28	1.849,93
57	1.132,85	1.945,00
58	1.189,16	2.048,08
59	1.250,87	2.160,20
60	1.318,73	2.282,61
61	1.393,64	2.416,77
62	1.475,13	2.563,36
63	1.564,07	2.724,16
64	1.661,53	2.901,34
65	1.768,82	3.097,54
66	1.887,56	3.316,06
67	2.019,79	3.561,09
68	2.168,17	3.838,09
69	2.336,24	4.154,23
70	2.528,86	4.519,18
71	2.752,69	4.946,36
72	3.017,34	5.455,01
73	3.337,40	6.074,05
74	3.735,80	6.848,99
75	4.250,92	7.855,69
76	4.951,82	9.230,55
77	5.976,52	11.246,30
78	7.647,35	14.539,28
79	10.934,30	21.019,61
80	20.689,53	40.242,20

# INFORMATIVA SULLA PRIVACY

## INFORMATIVA E CONSENSO AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N.196

Con la presente, l'Associazione Antonio Pastore – (nel prosieguo indicata come "l'Associazione") con sede in Milano, Via Stoppani 6, Aviva Assicurazioni Vita S.p.A., con sede in Milano, Viale Abruzzi 94 (nel prosieguo indicata come "l'Impresa"), in qualità di contitolari dei trattamenti e Assidir S.r.l. con sede in Milano, Via Stoppani 6 (nel prosieguo indicato come "Assidir"), in qualità di titolare autonomo dei trattamenti, come previsto dalla legge sulla tutela dei dati personali, Decreto Legislativo 196 del 30 Giugno 2003 (nel prosieguo il "Codice"), La informano in merito all' utilizzo dei Suoi dati personali, ivi inclusi dati definiti come "sensibili" ai sensi del Codice (in via meramente esemplificativa, dati sullo stato generale di salute, adesione ad un sindacato, informazioni relative ad origini razziali, presenza di persone portatrici di handicap nel nucleo familiare, etc...).

### A. MODALITÀ E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

1. I Suoi dati saranno trattati per finalità assicurative, che richiedono necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002), che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri; liquidazioni per altre cause; prestazioni a scadenza; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche; nonché per l' espletamento degli obblighi contrattuali attinenti alla gestione della polizza assicurativa stipulata in forza della Convenzione "Antonio Pastore n. 3127" sottoscritta dall'Associazione e dall'"Impresa", della cui gestione operativa "Assidir" è stata incaricata, in qualità di titolare autonomo;
2. I Suoi Dati sensibili saranno trattati esclusivamente per gli adempimenti richiesti da tutte le norme di legge e di contratto connessi e necessari nell'ambito del suo contratto assicurativo di cui al precedente punto 1.  
Il trattamento dei Dati è svolto direttamente dai

contitolari e dal titolare autonomo ovvero da soggetti esterni ad essi, debitamente istruiti ai sensi del "Codice".

### B. AMBITO DI CIRCOLAZIONE E COMUNICAZIONE DEI DATI

Potranno avere accesso alle informazioni che La riguardano i dipendenti dei contitolari e del titolare autonomo che ne abbiano necessità per l'esecuzione delle loro mansioni o in virtù della posizione che ricoprono, per il cui trattamento sono stati nominati incaricati. Tali soggetti, in relazione alla loro mansione, avranno accesso solo ai Dati pertinenti con tale mansione, escludendo cioè che tutti i dipendenti dei contitolari e del titolare autonomo abbiano libero accesso a tutti i suoi Dati. I contitolari e il titolare autonomo potranno comunicare i Dati che la riguardano, per le finalità attinenti all'esercizio dell'attività istituzionale ed assicurativa:

- alle Pubbliche Amministrazioni, o ad altri pubblici uffici (quali, ad esempio, uffici giudiziari, forza pubblica, etc), per lo svolgimento delle funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalle leggi e dai regolamenti;
- alle Autorità e agli Organi di Vigilanza (ad esempio ISVAP), secondo quanto disposto da norme di legge;
- a società di servizi informatici o di archiviazione, servizi bancari per l'effettuazione di pagamenti, servizi di trasmissione e di imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni. I Dati comunicati a questi soggetti non avranno natura sensibile.

### C. ESERCIZIO DEI DIRITTI

Lei potrà esercitare i Suoi diritti ai sensi dell'articolo 7 del Codice (di seguito riportato):

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comuni-

cati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.”

Le richieste ex art. 7 del D.Lgs. 196/2003 potranno essere inoltrate presso le sedi dei contitolari e del titolare autonomo.

Ulteriori informazioni in ordine al trattamento e alla comunicazione dei dati personali potranno essere richieste all'ufficio del Responsabile del trattamento dei dati personali presso la sede del titolare autonomo, dell'Associazione Antonio Pastore e per quanto riguarda Aviva Assicurazioni Vita al:

Servizio Privacy - Aviva Assicurazioni Vita S.p.A  
V.le Abruzzi, 94  
20131 Milano  
tel. 02.2775.447  
fax 02.2775.474  
e.mail: [privacy\\_vita@avivaitalia.it](mailto:privacy_vita@avivaitalia.it).

#### **D. CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE**

Il conferimento dei Dati, inclusi quelli sensibili, richiesti dalla legge o nel corso della esecuzione e gestione del contratto stipulato con Lei, ha natura obbligatoria e la mancanza di tale conferimento potrebbe compromettere il corretto adempimento

degli obblighi inerenti al Suo rapporto con “l'Associazione” con “l'Impresa” e “Assidir”.

Il trattamento dei Dati da parte dei contitolari e del titolare autonomo avverrà in piena conformità alla informativa fornita e alla normativa in vigore in materia di tutela dei dati personali.

Data ultimo aggiornamento: 1° dicembre 2009

“PAGINA LASCIATA VOLUTAMENTE BIANCA”



## INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE

1 - Indicare il relativo codice:

- |                           |                           |                                     |
|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| 01) MANAGERITALIA ANCONA  | 06) MANAGERITALIA MILANO  | 11) MANAGERITALIA TORINO            |
| 02) MANAGERITALIA BARI    | 07) MANAGERITALIA NAPOLI  | 12) MANAGERITALIA TRIESTE           |
| 03) MANAGERITALIA BOLOGNA | 08) MANAGERITALIA PADOVA  | 13) MANAGERITALIA TRENTO ALTO ADIGE |
| 04) MANAGERITALIA FIRENZE | 09) MANAGERITALIA PALERMO | 14) MANAGERITALIA VENEZIA           |
| 05) MANAGERITALIA GENOVA  | 10) MANAGERITALIA ROMA    | 15) MANAGERITALIA VERONA            |

### IMPORTANTE

L'attivazione della forma assicurativa di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" sia nella forma "temporanea" che "Vita intera" è subordinata all'accertamento dello stato di salute dell'Assicurando che sarà valutato dall'Impresa Assicuratrice in base alle dichiarazioni rilasciate dall'Affiliato/Assicurando stesso nell'allegato questionario medico sottoscritto anche dal medico curante secondo quanto previsto dal punto 2 delle Disposizioni di carattere generale della Polizza Collettiva - Allegato 2.

#### AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

- a) le dichiarazioni non veritiere o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non specificatamente previsti dall'Impresa, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, in tal caso il costo è a suo carico.

**Le risposte alle domande del presente questionario sono obbligatorie - Rispondere SI o NO ad ogni domanda. Per ogni risposta affermativa, l'Assicurando è pregato di rispondere alle domande complementari richieste.**

1	Indicare: statura .....cm.	Peso: .....kg.	Pressione arteriosa: max <input style="width: 40px;" type="text"/>	min <input style="width: 40px;" type="text"/>
2	Ci sono stati nella sua famiglia casi di malattie cardiache, vascolari, neurologiche, psichiatriche, di cancro o di diabete?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, precisare: .....	
3	Ha mai presentato proposte di assicurazione vita che sono state rifiutate, rinviate o accettate con sovrappremi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, data - motivo - nome della Compagnia .....	
4	Pratica sport?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> NO	Quali (precisare se con o senza competizione)? .....	
5	Fa uso di alcoolici (birra, vino, aperitivi)? È un fumatore?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quantità giornaliera: .....	
6	Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali e quando l'ultima volta: .....	
7	È mai stato vittima di un incidente (stradale o altro incidente)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Parti del corpo colpite - (indicare anche se c'è stata perdita di conoscenza e la durata), data, postumi? .....	
8	È disoccupato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Da quando - motivo - data di occupazione prevista? .....	
	Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il suo lavoro per almeno 3 settimane consecutive?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quando - durata di ogni interruzione - motivo? .....	
9	<b>NEL CORSO DEGLI ULTIMI 10 ANNI</b> È mai stato ricoverato in case di cura e/o ospedali: per interventi chirurgici, esami clinici, terapie radianti, chemioterapie immunoterapia o cobaltoterapia ....?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Date - durata - motivi - risultati .....	
	Si è mai sottoposto al test HIV?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, risultato del test e data .....	
	Ha avuto una infezione causata da immunodeficienza acquisita (HIV)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
10	Soffre o ha sofferto di una malattia dell'apparato cardio-vascolare, dell'apparato digestivo, dell'apparato respiratorio, del sistema nervoso, dell'apparato genito-urinario, di una malattia endocrino-metabolica, di una malattia neuro-psichica, di una malattia delle ossa e delle articolazioni o di altra malattia non qui citata?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Precisare per quale malattia è sottoposto a terapia e se vengono assunti dei farmaci e con quale posologia: ..... ..... ..... .....	

11	Deve essere ricoverato nel prossimo futuro per sottoporsi ad accertamenti diagnostici, ad intervento chirurgico o terapia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quando - motivi ..... .....
12	Segue una terapia farmacologica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Da quando – motivo – durata prevista della terapia – tipo di farmaco o il nome ..... .....
13	Soffre o ha sofferto di alterazioni della vista?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si quali: <input type="checkbox"/> riduzione della vista <input type="checkbox"/> diplopia <input type="checkbox"/> daltonismo <input type="checkbox"/> retinopatia altro (specificare) .....
14	Soffre di alterazioni dell'equilibrio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si quali: <input type="checkbox"/> vertigini <input type="checkbox"/> sbandamenti da fermo <input type="checkbox"/> sbandamenti durante il cammino altro (specificare) .....
15	Soffre di alterazioni dell'udito?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo – da quando .....
16	Soffre di alterazioni nella deglutizione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> di solidi <input type="checkbox"/> di liquidi
17	Soffre di alterazioni / difficoltà nella masticazione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo – da quando .....
18	Soffre di alterazioni della respirazione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si specificare: <input type="checkbox"/> a riposo <input type="checkbox"/> in movimento <input type="checkbox"/> a causa di allergie <input type="checkbox"/> BPCO (broncopneumopatia cronico ostruttiva) <input type="checkbox"/> BPCR (broncopneumopatia cronico restrittiva) <input type="checkbox"/> a causa di apnee notturne altre cause (specificare) .....
19	Soffre di alterazioni del controllo sfinterico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Di che tipo – da quando .....
20	Soffre di alterazioni sensitivo / motorie agli arti superiori?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si specificare: <input type="checkbox"/> difficoltà ad impugnare posate, matita, penna <input type="checkbox"/> difficoltà ad allacciare bottoni <input type="checkbox"/> tremori <input type="checkbox"/> alterazioni della sensibilità alle dita <input type="checkbox"/> alterazioni della calligrafia (disgrafia/micrografia) altro (specificare) .....
21	Soffre di alterazioni sensitivo / motorie agli arti inferiori?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si specificare: <input type="checkbox"/> zoppia <input type="checkbox"/> difficoltà a salire senza aiuto o appoggio le scale <input type="checkbox"/> difficoltà a scendere senza aiuto o appoggio le scale <input type="checkbox"/> riduzione di velocità nei trasferimenti <input type="checkbox"/> presenza di varici <input type="checkbox"/> caviglie gonfie <input type="checkbox"/> crampi ai polpacci che costringono a frequenti fermate (ogni 50 / 100 metri) altro (specificare) .....
22	Soffre di alterazioni o difficoltà nella parola o nella memoria?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se si specificare: <input type="checkbox"/> della parola scritta <input type="checkbox"/> della parola ascoltata <input type="checkbox"/> della memoria ad insorgenza improvvisa <input type="checkbox"/> a ritrovare le parole adatte nei discorsi correnti

Io sottoscritto Assicurando con l'apposizione della firma in calce:

- **dichiaro**, ai sensi degli artt. 1892-1893 del C.C., che le dichiarazioni contenute e rese nel presente questionario sono conformi a verità e dichiaro altresì di non aver sottaciato alcun elemento influente sulla valutazione del rischio. L'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere ulteriori informazioni che giudicherà necessarie.
- **dichiaro** di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono avermi curato e/o visitato, nonché le altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali l'Assicuratore credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, acconsentendo, in particolare, che tali informazioni siano dall'Assicuratore stesso comunicate ad altre persone o Enti, nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative;
- **dichiaro** ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 N. 196, avendo preso atto che per l'esecuzione delle operazioni e/o servizi richiesti, oltre al trattamento da parte dell'Assicuratore dei miei dati personali, sia comuni sia sensibili, può essere necessaria la loro comunicazione ed il loro correlato trattamento per necessità tecniche e assicurative da parte delle Società del gruppo, da parte del CIRT (Consorzio Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Tarati), il quale ha lo scopo di estendere il campo di accettazione delle polizze vita a classi di rischi che non potrebbero essere normalmente accolte, che potrà trattare i dati esclusivamente per scopi consortili, ovvero per finalità di riassicurazione e retrocessione del rischio, di consulenza sulla taratura dei rischi, di fornitura alle compagnie consorziate, di servizi informativi per la rilevazione dei rischi, di studio, e di analisi statistica attuariale, nonché da parte di medici legali, fiduciari e di famiglia, dò il mio consenso al trattamento da parte dell'Assicuratore delle predette comunicazioni ed il correlato trattamento da parte di tali soggetti.

Fatto a ..... il .....

Firma dell'Assicurando .....

Timbro e Firma del Medico curante .....

Per le polizze in tariffa vita intera l'Impresa invierà all'Affiliato apposita dichiarazione relativamente ai premi che possono essere per legge portati in detrazione d'imposta.

### DIRITTO DI REVOCA E DI RECESSO

L'Affiliato/Assicurando può revocare la presente Domanda di Adesione in qualsiasi momento entro e non oltre il giorno di conclusione del contratto. Il contratto si intende concluso dal momento in cui l'Affiliato riceve da parte di Aviva Assicurazioni Vita S.p.A. il Certificato di Assicurazione e comunque il 60° giorno successivo alla data di decorrenza. L'Impresa entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla revoca, rimborsa all'Affiliato/Assicurando le somme eventualmente versate.

L'Affiliato/Assicurando può inoltre recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione dello stesso. Il diritto di recesso libera l'Affiliato/Assicurato e l'Impresa da qualsiasi obbligazione futura derivante dal Contratto. L'Impresa entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa all'Affiliato/Assicurato il premio versato.

FIRMA DELL'AFFILIATO / ASSICURANDO

### DICHIARAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE

Con l'apposizione della firma in calce l'Affiliato/Assicurando dichiara:

- verificare e complete le informazioni rese nella presente Domanda di Adesione e se ne assume la responsabilità, anche se scritte da altri;
- l'Affiliato/Assicurando dichiara di accettare l'applicazione del periodo di carenza.

FIRMA DELL'AFFILIATO / ASSICURANDO

### DICHIARAZIONE AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

L'Affiliato/Assicurando DICHIARA:

- di aver ricevuto le Condizioni di Assicurazione e la presente Domanda di Adesione che, unitamente al Certificato di Assicurazione e alle eventuali appendici emesse dall'Impresa definiscono il Contratto;
- di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione e di AVER LETTO ed ACCETTATO quanto riportato in merito al DIRITTO DI REVOCA E RECESSO e alle DICHIARAZIONI DI SOTTOSCRIZIONE sopra indicate.

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'interessato (Assicurato), preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs.196/2003) – riportata nelle Condizioni di Assicurazione – acconsente al trattamento dei Suoi dati personali, ivi compresi quelli sensibili idonei a rilevare lo stato di salute, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

FIRMA DELL'AFFILIATO / ASSICURANDO

### AVVERTENZA

Le prime tre copie del presente modulo (sottoscritto dall'Affiliato) comprensivo del questionario medico (sottoscritto dall'Affiliato e dal medico curante), debitamente compilati devono essere inviati a mezzo **Raccomandata A.R., ad ASSIDIR S.r.l. - Via Stoppani, 6 - 20129 MILANO**

### Aviva Assicurazioni Vita S.p.A.

Sede legale e sede sociale in Italia - Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano - Capitale Sociale Euro 49.721.776,00 (i.v.) - R.E.A. di Milano 1254313 - Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 08869370158 - Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27/12/1988 (Gazzetta Ufficiale n. 3 del 04/01/1989) - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00079 - Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00004



## Aviva Assicurazioni Vita S.p.A.

V.le Abruzzi 94 20131 Milano

www.avivaitalia.it

Tel. +39 02 2775.1

Fax +39 02 2775.204



Aviva Assicurazioni Vita S.p.A. è una società del Gruppo Aviva



Sede legale e sede sociale in Italia Viale Abruzzi 94 20131 Milano Capitale Sociale Euro 49.721.776,00 (i.v.) R.E.A. di Milano 1254313 Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 08869370158 Società soggetta a direzione e coordinamento di Aviva Italia Holding S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27/12/1988 (Gazzetta Ufficiale n. 3 del 04/01/1989) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00079 Iscrizione all'albo dei gruppi assicurativi n. 038.00004

Linea di prodotti assicurativi in esclusiva per

