



CNP Vita Assicurazione S.p.A.

Società del Gruppo CNP Assurances

CONVENZIONE “LONG TERM CARE TEMPORANEA” n. 3181

(Tar. LTC1)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INDICE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONVENZIONE “LONG TERM CARE TEMPORANEA” n. 3181 (Tar. LTC1)

PREMESSA.....	3
COSA OFFRE IL CONTRATTO	3
Art. 1 – OBBLIGHI DELL’IMPRESA	3
Art. 2 – CONTRAENTE E ASSICURATI.....	3
Art. 3 – PRESTAZIONE	3
Art. 4 – DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	3
Art. 5 – BENEFICIARI	4
Art. 6 – DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL’ASSICURATO.....	4
PREMIO	4
Art. 7 – PREMIO E MODALITA’ DI REGOLAZIONE DEL PREMIO	4
Art. 8 – RIVEDIBILITA’ DEL PREMIO	5
INFORMAZIONI TRA LE PARTI	5
Art. 9 – COMUNICAZIONI E DOCUMENTI CONTRATTUALI	5
DECORRENZA E DURATA.....	5
Art. 10 – PERFEZIONAMENTO, DECORRENZA ED EFFICACIA DEL CONTRATTO	5
Art. 11 – DURATA DEL CONTRATTO E CESSAZIONE	6
LIMITI ED ESCLUSIONI.....	6
Art. 12 – LIMITI DI ETA’	6
Art. 13 – ESCLUSIONI	6
Art. 14 – CARENZA	7
COSA PUO’ FARE LA CONTRAENTE	7
Art. 15 – SOSPENSIONE NEL PAGAMENTO DEL PREMIO E CESSAZIONE DEL CONTRATTO	7
Art. 16 – RISCATTO E RIDUZIONE.....	7
LIQUIDAZIONE	7
Art. 17 – RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	7
Art. 18 – CONDIZIONI DI PAGAMENTO DELLA RENDITA.....	8
Art. 19 – DOCUMENTI DA PRESENTARE	9
Art.20 – RIVEDIBILITA’ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	9
Art. 21 – COLLEGIO ARBITRALE.....	10
ASPETTI NORMATIVI	10

Art. 22 – FORO COMPETENTE.....	10
Art. 23 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	10
Art. 24 – MODIFICA ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	10
GLOSSARIO.....	11

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONVENZIONE "LONG TERM CARE TEMPORANEA" n. 3181 (Tar. LTC1)

PREMESSA

L'Associazione "Manageritalia" intende offrire ai propri iscritti appartenenti alla categoria dei "Quadri" una copertura contro il rischio di non autosufficienza attraverso la sottoscrizione di una Polizza collettiva per l'assicurazione sulla vita nella forma di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" in forma "Temporanea" (Tar. LTC1) di cui alle presenti condizioni di assicurazione. Le condizioni di assicurazione fanno parte integrante della Convenzione "Long Term Care Temporanea" n. 3181 stipulata tra Manageritalia (in seguito definita la "Contraente") e CNP Vita Assicurazione S.p.A. (in seguito definita l'"Impresa"). La presente garanzia assicurativa di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" viene prestata in forma collettiva; ogni singolo iscritto all'Associazione appartenente alla categoria dei Quadri (in seguito definito "Associato") viene inserito in Polizza dalla Contraente e assume la figura di "Assicurato".

COSA OFFRE IL CONTRATTO

Art. 1 – OBBLIGHI DELL'IMPRESA

Gli obblighi dell'Impresa risultano esclusivamente dalle presenti condizioni di assicurazione, dalla Convenzione "Long Term Care Temporanea" n. 3181 nonché dalle eventuali appendici alla Convenzione firmate dall'Impresa stessa. Per tutto quanto non espressamente regolato dalle presenti condizioni di assicurazione e dalla Convenzione valgono le norme di legge applicabili.

Art. 2 – CONTRAENTE E ASSICURATI

Contraente della Polizza collettiva stipulata per usufruire delle prestazioni assicurative relative alla Convenzione "Long Term Care Temporanea" n. 3181 è l'Associazione Manageritalia che agisce in nome proprio ma per conto dei propri Associati. Assicurati di detta Polizza, nei limiti contrattuali ivi previsti, sono tutti gli appartenenti alla categoria dei Quadri associati a Manageritalia Professional inseriti in Polizza dalla Contraente con le modalità di cui all'Art. 9 - COMUNICAZIONI E DOCUMENTI CONTRATTUALI e per i quali la Contraente abbia corrisposto il Premio a norma dell'Art. 7 - PREMIO E MODALITA' DI REGOLAZIONE DEL PREMIO. Ogni Assicurato ha nella Polizza collettiva una propria Posizione individuale.

Non possono essere inclusi in Polizza e sono quindi esclusi dalla garanzia tutti i soggetti che alla data di ingresso o di reingresso in Convenzione

- si trovino già in uno stato di non autosufficienza oppure non siano in grado di svolgere autonomamente almeno una delle sei attività ordinarie della vita quotidiana di cui all'Art. 4 - DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA;
- abbiano fatto richiesta oppure percepiscano una pensione di invalidità o inabilità previdenziale e/o una rendita INAIL per danno biologico maggiore o uguale al 20% e/o siano stati riconosciuti invalidi civile maggiori o uguali al 67%.

Art. 3 – PRESTAZIONE

La garanzia assicurativa di "Rendita collegata a problemi di non autosufficienza" nella forma "Temporanea" di cui alla presente Polizza garantisce all'Assicurato che si venga a trovare nel corso della durata della copertura assicurativa ma non oltre il suo 70° anno di età (età assicurativa), in uno stato di non autosufficienza (dipendenza) totale e permanente così come definita al successivo Art. 4 - DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA, l'erogazione di una rendita mensile posticipata di importo pari a 1.000 euro decorrente dalla data di denuncia della non autosufficienza dell'Assicurato e corrisposta fintanto che perduri lo stato di non autosufficienza e/o fino al decesso dell'Assicurato stesso.

Per età assicurativa si intende l'età dell'Assicurato calcolata per 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.

L'importo della rendita mensile è fisso e non aumenta nel corso del tempo.

La garanzia vale senza limiti territoriali ma con le esclusioni e le limitazioni descritte all'Art. 2 – CONTRAENTE e ASSICURATI, all'Art. 12 – LIMITI DI ETA', all'Art. 13 – ESCLUSIONI e all'Art. 14 – CARENZA.

Art. 4 – DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Nel rispetto delle esclusioni e delle limitazioni di cui all'Art. 13 – ESCLUSIONI e all'Art. 14 – CARENZA, è considerato non autosufficiente l'Assicurato che, a causa di una Malattia o di un Infortunio si trovi da almeno 90 giorni continuativi nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di compiere almeno 4 delle seguenti 6 azioni della vita quotidiana:

1. lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di curare in modo soddisfacente l'igiene della parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radarsi, pettinarsi, lavarsi i denti);
2. vestirsi, svestirsi: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato, per la parte superiore o inferiore del corpo;
3. nutrirsi: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
4. andare in bagno: la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
5. muoversi: la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
6. spostarsi: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici.

Art. 5 – BENEFICIARI

L'Assicurato è il Beneficiario della prestazione; il beneficio della rendita erogabile spetta quindi all'Assicurato stesso.

In caso di riconoscimento della non autosufficienza in un momento successivo al decesso dell'Assicurato, il beneficio della prestazione assicurativa per il periodo intercorrente tra la data di denuncia dello stato di non autosufficienza e la data di decesso dell'Assicurato spetterà agli eredi legittimi o testamentari di questo ultimo.

Art. 6 – DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, anche incolpevoli, dell'Assicurato relative a circostanze che possano influire sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa, possono comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Trascorsi 6 mesi dalla decorrenza della Posizione individuale o dalla sua riattivazione, lo stesso non è contestabile per le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

In caso di variazione delle informazioni di natura anagrafica fornite all'atto di sottoscrizione, il Contraente è tenuto a dare tempestiva comunicazione di tale variazione all'Impresa, comprensivo del domicilio laddove trasferito all'estero.

PREMIO

Art. 7 – PREMIO E MODALITA' DI REGOLAZIONE DEL PREMIO

La Polizza prevede il pagamento, da parte della Contraente, in via anticipata per ogni Annualità assicurativa, di un Premio annuo complessivo relativo all'insieme degli Assicurati inseriti in Polizza all'inizio dell'Annualità stessa.

Il pagamento del Premio è previsto fino al raggiungimento del 70° anno di età dell'Assicurato o fino al decesso o alla data di denuncia dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato stesso se precedenti.

Il primo Premio annuo complessivo relativo al primo gruppo di Assicurati in copertura dal 1° marzo 2023 viene pagato dalla Contraente entro il 28 febbraio 2023 e i Premi relativi alle successive ricorrenze annuali devono essere pagati dalla Contraente entro il 28 febbraio precedente la ricorrenza annua stessa.

Mensilmente nel corso dell'Annualità assicurativa, entro il giorno 10 del mese successivo all'ingresso in Convenzione dell'Associato, la Contraente provvede al pagamento del Premio relativo agli ingressi avvenuti nel mese precedente.

In caso di ingresso dell'Assicurato in Polizza nei primi 6 mesi dell'Annualità assicurativa, l'importo del Premio annuo deve essere pagato per intero; in caso di ingresso dell'Assicurato nel corso del secondo semestre dell'Annualità assicurativa, l'importo del Premio annuo viene ridotto del 50%.

Gli Assicurati che perdono i requisiti di partecipazione alla Polizza collettiva nel corso dell'Annualità assicurativa rimangono in copertura fino alla scadenza annuale. **Nessun rimborso di Premio sarà quindi dovuto dall'Impresa alla Contraente.**

I premi dovranno essere pagati nei termini convenuti dall'Associazione Manageritalia in qualità di Contraente della Convenzione all'Impresa mediante bonifico bancario su apposito conto corrente anche avvalendosi dell'Intermediario Assidir S.r.l..

A giustificazione del mancato pagamento del Premio, l'Associazione non può in alcun caso, opporre il mancato invio di avvisi di scadenza.

Per il pagamento dei Premi è ammessa una dilazione di trenta giorni senza applicazione di oneri di interessi.

I premi non possono essere corrisposti in contanti.

Art. 8 – RIVEDIBILITA' DEL PREMIO

Nel caso in cui i dati relativi alla popolazione assicurata dovessero evidenziare delle discordanze eccedenti i seguenti termini:

- età media superiore a 56 anni;
- percentuale di maschi inferiore a 75%;
- percentuale di Assicurati con età superiore a 60 anni maggiore del 25%;

l'Impresa procederà, previa condivisione tra le parti, ad una ridefinizione dell'importo del Premio.

INFORMAZIONI TRA LE PARTI

Art. 9 – COMUNICAZIONI E DOCUMENTI CONTRATTUALI

L'attivazione della Polizza collettiva per ogni singola Posizione individuale avviene - nel rispetto dei limiti e delle esclusioni previste dalle presenti condizioni di assicurazione di cui ai successivi Art. 13 – ESCLUSIONI e Art. 14 - CARENZA - con l'iscrizione all'Associazione e con la comunicazione all'Impresa dei nominativi inseriti in Polizza dalla Contraente, nonché con il pagamento del relativo Premio secondo le tempistiche di cui al precedente Art. 7 – PREMIO E MODALITA' DI REGOLAZIONE DEL PREMIO.

I nominativi degli Associati inseriti in Polizza devono essere trasmessi dall'Impresa secondo le seguenti tempistiche e modalità:

9.1 – Comunicazione degli Assicurati in copertura all'inizio della prima Annualità assicurativa

Entro il 28 febbraio 2023 la Contraente trasmette all'Impresa, per il tramite dell'Intermediario, l'elenco degli Associati da inserire in polizza con effetto dal 1° marzo 2023. La trasmissione dei nominativi avviene mediante tracciato condiviso tra le parti.

Successivamente l'Impresa trasmette alla Contraente per il tramite dell'Intermediario un'Appendice con l'indicazione del numero di Assicurati in copertura nella prima Annualità assicurativa (01/03/2023 – 28/02/2024), la data effetto della copertura nonché l'importo del Premio complessivo versato.

9.2 – Comunicazione degli Assicurati in copertura alle successive ricorrenze

Entro il 28 febbraio di ogni Annualità assicurativa, la Contraente trasmette all'Impresa con le modalità di cui al precedente punto 9.1, l'elenco degli Associati da inserire in Polizza con effetto dal 1° marzo successivo.

Successivamente l'Impresa trasmette alla Contraente un'Appendice con l'indicazione del numero di Assicurati in copertura dalla ricorrenza dell'Annualità assicurativa fino al successivo 28.02. nonché l'importo del Premio complessivo versato.

9.3 – Comunicazione degli ingressi nel corso dell'Annualità assicurativa

Con cadenza mensile, la Contraente trasmette all'Impresa entro il giorno 10 del mese successivo all'ingresso nell'Associazione, l'elenco degli Associati inseriti in Polizza il mese precedente con la rispettiva Data di decorrenza. La comunicazione avviene mediante invio del tracciato concordato tra le parti.

A fronte di tale attività e del pagamento del relativo Premio, l'Impresa trasmette alla Contraente un'Appendice con l'indicazione della data di effetto della copertura relativa ai nuovi Assicurati inseriti in Polizza nonché l'importo del Premio complessivo versato.

DECORRENZA E DURATA

Art. 10 – PERFEZIONAMENTO, DECORRENZA ED EFFICACIA DEL CONTRATTO

10.1 – Perfezionamento del Contratto

Il Contratto si perfeziona nel giorno in cui la Contraente paga il primo Premio annuo complessivo dovuto per il primo gruppo di Assicurati inseriti in Polizza.

10.2 – Decorrenza della Polizza

La Polizza collettiva decorre dalle ore 00.00 del 1° marzo 2023 a condizione che la Contraente paghi il Premio relativo agli Assicurati inizialmente inseriti in Polizza nei tempi e con le modalità di cui all'Art. 7 – PREMIO E MODALITA' DI REGOLAZIONE DEL PREMIO.

10.3 – Efficacia della copertura assicurativa relativa alla singola Posizione individuale

10.3.1 - Efficacia relativa al primo ingresso in copertura dell'Assicurato

La copertura assicurativa decorre ed entra in vigore - con le limitazioni e le esclusioni di cui all'Art. 2 – CONTRAENTE e ASSICURATI, Art. 12 – LIMITI DI ETA', Art. 13 – ESCLUSIONI e all'Art. 14 – CARENZA, a condizione che la Contraente comunichi l'ingresso all'Impresa con le modalità di cui all'Art. 9 – COMUNICAZIONI E DOCUMENTI CONTRATTUALI e che il relativo Premio venga pagato nei tempi stabiliti all'Art. 7 – PREMIO E MODALITA' DI REGOLAZIONE DEL PREMIO -:

- il 1° marzo 2023 per gli Associati che hanno pagato la prima quota di iscrizione all'Associazione (quota associativa) entro il precedente 28 febbraio;

- alla data di prima iscrizione all'Associazione per gli Associati che pagano la prima quota di iscrizione successivamente al 28 febbraio 2023.

10.3.2 – Efficacia relativa ai successivi rinnovi

La copertura assicurativa si rinnova con le limitazioni e le esclusioni di cui all'Art. 1 – CONTRAENTE e ASSICURATI, Art. 12 – LIMITI DI ETA', Art. 13 – ESCLUSIONI e all'Art. 14 – CARENZA a condizione che la Contraente corrisponda i Premi nei termini convenuti:

- il 1° marzo di ogni Annualità assicurativa per gli Associati già in copertura nella precedente Annualità assicurativa che procedono al rinnovo continuativo della propria iscrizione attraverso il pagamento della quota di iscrizione all'Associazione entro il 28 febbraio;
- alla data di pagamento della quota di iscrizione all'Associazione per gli Associati già in copertura nella precedente Annualità assicurativa ma che non hanno proceduto al rinnovo continuativo dell'iscrizione attraverso il pagamento della quota di iscrizione entro il 28 febbraio (reingressi).

Art. 11 – DURATA DEL CONTRATTO E CESSAZIONE

11.1 – Durata della Polizza e della singola Posizione individuale

La durata della Polizza coincide con quella della rispettiva Convenzione; è fissata in 5 anni con decorrenza dalle ore 00.00 del 1° marzo 2023 e scadenza alle ore 24.00 del 28 febbraio 2028.

Ogni singola Posizione individuale inserita in Polizza ha una durata pari ad un anno o parte di anno e coincide con il periodo intercorrente tra la Data di decorrenza della singola Posizione (data di effetto) e la data di scadenza fissata per tutte le posizioni individuali alle ore 24.00 del successivo 28/02.

Ogni singola Posizione individuale può essere rinnovata di anno in anno nel corso della durata della Polizza collettiva fino al raggiungimento del 70° anno di età dell'Assicurato (età assicurativa).

11.2 - Cessazione del Contratto e della copertura assicurativa

La Polizza cessa alle ore 24.00 del 28/02/2028 o alla data di effetto della disdetta della relativa Convenzione, se precedente.

In ogni caso le garanzie relative alle posizioni individuali per le quali è stato pagato il Premio annuo rimangono in vigore fino alla fine della rispettiva Annualità assicurativa.

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della Durata del contratto, la copertura relativa alla singola Posizione individuale cessa. In caso di perdita dei requisiti di assicurabilità (perdita dello status di Associato o raggiungimento nel corso dell'Annualità assicurativa del 70° anno di età (età assicurativa) dell'Assicurato), la singola Posizione individuale non è più rinnovabile e la rispettiva copertura cessa alla scadenza dell'Annualità assicurativa per la quale la Contraente ha pagato il relativo Premio.

In corso di liquidazione della rendita, il recupero dell'autosufficienza da parte dell'Assicurato o il decesso dello stesso determina la cessazione della copertura.

Con riferimento alla singola Posizione individuale, l'interruzione nel pagamento del Premio da parte della Contraente per un periodo pari o superiore a due anni dalla data di effetto del primo premio non pagato determina l'estinzione del Contratto e i Premi pagati in precedenza rimarranno acquisiti dall'Impresa.

LIMITI ED ESCLUSIONI

Art. 12 – LIMITI DI ETA'

La Contraente inserisce in Polizza tutti i propri Associati appartenenti alla categoria dei Quadri che all'ingresso in assicurazione abbiano un'età compresa tra 18 e 69 anni (età assicurativa) e per i quali non sussistano le limitazioni di cui all'Art. 2 – CONTRAENTE E ASSICURATI.

Per età assicurativa si intende l'età dell'Assicurato calcolata alla Data di decorrenza della copertura calcolata per anni interi trascurando le frazioni di anno inferiori ai 6 mesi e computando, invece, come anno intero la frazione uguale o superiore ai 6 mesi.

Art. 13 – ESCLUSIONI

Come stabilito all'Art. 2 – CONTRAENTE E ASSICURATI non possono essere inclusi in Polizza e sono quindi esclusi dalla garanzia tutti i soggetti che alla data di ingresso o di reingresso in Convenzione così come definita al precedente articolo 10.3

- si trovino già in uno stato di non autosufficienza oppure non siano in grado di svolgere autonomamente almeno una delle sei attività ordinarie della vita quotidiana di cui all'Art. 4 - DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA;
- abbiano fatto richiesta oppure percepiscano una pensione di invalidità o inabilità previdenziale e/o una rendita INAIL per danno biologico maggiore o uguale al 20% e/o siano stati riconosciuti invalidi civile maggiori o uguali al 67%.

E' inoltre escluso dalla garanzia lo stato di non autosufficienza causato da:

- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano;

- i sinistri causati da atti di guerra avvenuti fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso;
- partecipazione attiva a tumulti, sommosse, risse, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti con movente politico;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche;
- incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota senza brevetto;
- pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei, motoristici, automobilistici, pugilato, atletica pesante, lotta, scalata di rocce o ghiacciai, rafting, alpinismo, immersioni subacquee, partecipazione a gare e prove di allenamento dei suddetti sport, siano esse ufficiali o meno;
- fabbricazione e/o lavorazione di materiali esplosivi, tossici e corrosivi;
- patologie correlate ad uso e/o abuso di alcool, farmaci a dosi non terapeutiche prescritte dal medico, stupefacenti, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- patologie psichiatriche (depressione, psicosi, schizofrenia, nevrosi, ecc.).

Art. 14 – CARENZA

Nel caso in cui lo stato di non autosufficienza intervenga prima che siano trascorsi sei mesi dalla data di primo ingresso in Polizza dell'Assicurato o dalla data di reingresso conseguente a inoperatività della garanzia superiore a sei mesi, in luogo della rendita viene corrisposta una somma pari all'ammontare dei Premi versati al netto dei costi relativi alla Posizione individuale dell'Assicurato stesso. Tale limitazione non sarà applicata nel caso in cui lo stato di non autosufficienza si verifichi a seguito di:

- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'ingresso o il reingresso dell'Associato 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;
- shock anafilattico sopravvenuto dopo l'ingresso o il reingresso dell'Associato in Convenzione;
- Infortunio.

In caso di reingresso dell'Assicurato in Polizza successivo ad un periodo di inoperatività della garanzia superiore a sei mesi conseguente ad un mancato pagamento continuativo della quota di iscrizione all'Associazione a norma dell'Articolo 10.3.2, l'Impresa applicherà nuovamente l'intero periodo di carenza.

COSA PUO' FARE LA CONTRAENTE

Art. 15 – SOSPENSIONE NEL PAGAMENTO DEL PREMIO E CESSAZIONE DEL CONTRATTO

Se la Contraente non paga il Premio nei termini convenuti le relative coperture verranno sospese e riprenderanno vigore con le limitazioni e le esclusioni di cui all'Art. 13 – ESCLUSIONI e Art. 14 - CARENZA dal giorno di pagamento del relativo Premio.

L'interruzione nel pagamento del Premio da parte della Contraente per un periodo pari o superiore a due anni dalla data di effetto del primo premio non pagato determina l'estinzione del Contratto e i Premi pagati in precedenza rimarranno acquisiti dall'Impresa.

Art. 16 – RISCATTO E RIDUZIONE

Il Contratto non prevede il riscatto e la riduzione delle prestazioni.

LIQUIDAZIONE

Art. 17 – RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Per liquidare la prestazione, l'Impresa deve prima ricevere i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.

Al verificarsi della non autosufficienza come definita all'Art. 4 – DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA, l'Assicurato - o chi per lui - deve trasmettere all'Intermediario la richiesta di riconoscimento della perdita di autosufficienza utilizzando il modulo liquidativo dedicato predisposto dall'Impresa stessa (denuncia della non autosufficienza); la denuncia deve sempre essere

accompagnata da tutta la documentazione necessaria per verificare lo stato di salute dell'Assicurato di cui al successivo Art. 19 – DOCUMENTI DA PRESENTARE.

L'Impresa si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato entro 60 giorni dalla data di denuncia, sempreché l'Assicurato stesso abbia fornito tutta la documentazione di cui all'Art. 19 – DOCUMENTI DA PRESENTARE necessaria ad accertare lo stato di non autosufficienza e alla data di denuncia siano trascorsi i 90 giorni di cui all'Art. 4 – DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.

La data di denuncia della non autosufficienza da parte dell'Assicurato coincide con la data di ricevimento della richiesta di riconoscimento della perdita di autosufficienza da parte dell'Intermediario a condizione che quest'ultima sia corredata da tutta la documentazione medica richiesta dall'Impresa; in caso contrario, in mancanza della documentazione medica (in tutto o in parte), la denuncia non sarà effettiva fino alla ricezione della documentazione completa.

L'Impresa può chiedere di far accertare la non autosufficienza dell'Assicurato ad un medico di sua fiducia ed eventualmente far prescrivere tutti gli esami clinici che reputa necessari all'accertamento della stessa.

Non dovranno essere pagati i Premi con scadenza successiva alla data di ricevimento della richiesta di riconoscimento della perdita di autosufficienza relativi all'Assicurato per il quale è stato richiesto il riconoscimento della non autosufficienza. In caso di mancato riconoscimento della non autosufficienza la Contraente deve pagare tutti i Premi rimasti in arretrato.

A seguito del mancato riconoscimento dello stato di non autosufficienza – e a condizione che la Posizione individuale sia regolarmente in copertura - può essere richiesto all'Impresa un nuovo accertamento alle seguenti condizioni:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione dell'Impresa oppure
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti nuovi elementi intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato.

La data di pervenimento della richiesta di un nuovo accertamento/dei nuovi documenti sanitari di cui ai punti elenco precedenti costituisce la data a partire dalla quale far decorrere i termini concessi all'Impresa stessa per l'accertamento dello stato di non autosufficienza (60 giorni).

Art. 18 – CONDIZIONI DI PAGAMENTO DELLA RENDITA

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di accertamento di cui al precedente Articolo 17 – RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA, risulti in stato di non autosufficienza, ha diritto all'erogazione della rendita con effetto dalla data di denuncia sempreché, in tale data, sia già possibile accertare lo stato di non autosufficienza; in caso contrario l'erogazione della rendita ha effetto a partire dalla ricezione di ulteriori accertamenti clinici, effettuati successivamente alla denuncia, che certifichino lo stato di non autosufficienza.

Il pagamento della rendita in erogazione viene effettuato mensilmente e per tutto il periodo in cui perduri lo stato di non autosufficienza o al massimo fino al decesso dell'Assicurato.

Il pagamento viene effettuato dall'Impresa direttamente sul conto corrente dell'Assicurato.

Alla prima scadenza di pagamento della rendita successiva al riconoscimento della non autosufficienza, l'Impresa liquida, oltre alla rata di rendita in scadenza, le rate mensili arretrate spettanti dalla data di effetto determinata come sopra. Ad ogni successiva ricorrenza mensile di liquidazione della rendita e per tutto il periodo in cui dura lo stato di non autosufficienza, l'Impresa liquida la rata di rendita dovuta; trascorsi trenta giorni da ogni ricorrenza mensile sono dovuti gli interessi legali a partire dal termine stesso a favore dell'Assicurato.

Il decesso dell'Assicurato durante il periodo di accertamento della non autosufficienza non pregiudica il riconoscimento della non autosufficienza stessa; in questo caso infatti l'Impresa, terminato con esito positivo l'accertamento della non autosufficienza dell'Assicurato e ricevuta tutta la documentazione sanitaria prevista all'Art. 19 – DOCUMENTI DA PRESENTARE, liquida agli eredi legittimi o testamentari le rate di rendita comprese tra la data di ricevimento della richiesta di riconoscimento della non autosufficienza e la data del decesso dell'Assicurato.

Durante il periodo di liquidazione della rendita, se l'Assicurato ritorna autosufficiente è tenuto a darne comunicazione all'Impresa entro 30 giorni. Inoltre gli eredi dell'Assicurato devono informare tempestivamente l'Impresa del decesso dell'Assicurato. Le eventuali rate di rendita erogate successivamente al mese di decesso dell'Assicurato o dopo l'uscita dallo stato di non autosufficienza devono essere restituite all'Impresa; l'Impresa può richiedere la restituzione delle rate di rendita liquidate e non dovute aumentate degli interessi legali.

Art. 19 – DOCUMENTI DA PRESENTARE

Per ottenere la liquidazione della prestazione occorre trasmettere all'Impresa attraverso l'Intermediario la seguente documentazione:

1. **RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA**

La richiesta di riconoscimento può essere fatta in carta semplice o utilizzando l'apposito modulo liquidativo.

La richiesta deve essere firmata dall'Assicurato e deve contenere:

- **MODALITA' DI PAGAMENTO:** occorre sottoscrivere ed indicare il codice IBAN (ABI, CAB, C/C, CIN) completo dell'intestatario sul quale verrà effettuata la liquidazione. Si segnala che il conto corrente deve essere intestato all'Assicurato; ad ogni ricorrenza di liquidazione della rata di rendita, l'Impresa esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, direttamente sul conto corrente dell'Assicurato o attraverso altra modalità di pagamento concordata;
- **CONTATTI:** al fine di consentire una migliore e più rapida comunicazione tra l'Impresa e l'Assicurato si chiede di fornire un indirizzo e-mail e/o recapito telefonico dove poter essere contattati in caso di necessità.

Alla richiesta devono essere allegati i seguenti documenti:

- DOCUMENTO DI IDENTITA' DELL'ASSICURATO: copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
 - COPIA DEL CODICE FISCALE DELL'ASSICURATO;
 - CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI, INCLUSI QUELLI RELATIVI ALLA SALUTE, sottoscritto dall'Assicurato o dal Legale rappresentante;
 - DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE LO STATUS DI LEGALE RAPPRESENTANTE (ad esempio: decreto di nomina tutore/amministratore di sostegno, procura speciale/generale) (se nominato);
 - DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL LEGALE RAPPRESENTANTE: copia di un valido documento di identità del Legale rappresentante (se nominato);
 - COPIA DEL CODICE FISCALE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE (se nominato);
 - FATCA/CRS: occorre dichiarare se il o i Beneficiari abbiano una residenza fiscale al di fuori dell'Italia e/o se si possiede la cittadinanza o si abbia la sede legale negli USA. In caso affermativo dovrà essere fornito il TIN (per la residenza fiscale USA, allegando il modello W 9) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto).
2. RELAZIONE MEDICA SULLE ADL E SULLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA;
3. COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE MEDICA E SANITARIA (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) già indicata nella relazione medica, dalla quale sia comprovato lo stato di non autosufficienza, il periodo di sopravvenienza e le cause della stessa.
4. EVENTUALE VERBALE DI INVALIDITÀ (o domanda di riconoscimento) attestante diagnosi e giudizio del medico legale;
5. qualora la perdita dell'autosufficienza sia stata causata da infortunio o da altra causa accidentale esterna (incidente stradale, incidente sul lavoro, ecc.) trasmettere IDONEA DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE IL VERIFICARSI DELL'EVENTO (verbali della competente autorità, referti medico legale ecc.).

Se si verificano irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, l'Impresa può richiedere che la stessa sia nuovamente presentata o integrata per completare la valutazione.

Le spese per ottenere questi documenti sono a carico dell'Assicurato.

Art.20 – RIVEDIBILITA' DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Durante la liquidazione della prestazione, l'Impresa può richiedere i documenti che ritiene necessari o effettuare gli accertamenti utili a verificare il proseguimento della non autosufficienza dell'Assicurato. L'Impresa si riserva inoltre la facoltà di richiedere, a proprie spese e non più di una volta all'anno, un controllo sanitario sullo stato di salute dell'Assicurato attraverso un medico di propria fiducia.

Se l'Assicurato si rifiuta di fornire i documenti o di sottoporsi agli accertamenti richiesti, è facoltà dell'Impresa sospendere la liquidazione della rendita.

Se dagli accertamenti emerge che non esistono più i presupposti per la liquidazione della prestazione, l'Impresa comunica all'Intermediario e all'Assicurato l'interruzione nella liquidazione della prestazione a partire dalla prima ricorrenza utile successiva alla data della comunicazione stessa.

In ogni caso, se l'Assicurato ritorna ad essere autosufficiente è tenuto a darne comunicazione all'Impresa entro 30 giorni.

Le rate di rendita pagate all'Assicurato riferite a periodi successivi al recupero dell'autosufficienza devono essere restituite all'Impresa.

Art. 21 – COLLEGIO ARBITRALE

Per eventuali controversie sull'esistenza della perdita dell'autosufficienza, l'Assicurato può demandare la decisione a un collegio arbitrale composto da tre medici: uno nominato dall'Impresa, l'altro dall'Assicurato, il terzo scelto di comune accordo dalle due parti.

La richiesta va fatta con raccomandata con ricevuta di ritorno entro 60 giorni dal ricevimento della dichiarazione negativa dell'accertamento.

È sempre possibile comunque rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di mancato accordo entro 10 giorni dalla richiesta dell'arbitrato, la scelta del terzo arbitro è demandata al Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il collegio arbitrale decide entro 30 giorni dalla sua costituzione, a maggioranza, senza formalità di procedura, con parere vincolante.

Ciascuna delle parti paga le spese e le competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo. Le altre spese sono a carico della parte soccombente.

Se il collegio arbitrale esprime un parere favorevole l'Impresa liquida la rendita assicurata.

ASPETTI NORMATIVI

Art. 22 – FORO COMPETENTE

Per la risoluzione di eventuali contese il foro competente è quello di residenza o domicilio dell'Assicurato. Per le contese tra l'Impresa e la Contraente il foro competente è quello di Milano.

Art. 23 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quello che non è regolato nel presente Contratto, valgono le norme della legge italiana.

Art. 24 – MODIFICA ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le parti si riservano di apportare le modifiche che si rendessero necessarie a seguito dei cambiamenti della normativa di riferimento.

GLOSSARIO

CONVENZIONE “LONG TERM CARE TEMPORANEA” n.3181 (Tar. LTC1)

Definiamo i principali termini utilizzati:

Annualità assicurativa	Periodo che va dall'1/3 al 28/02 dell'anno.
Appendice	Documento che forma parte integrante del Contratto.
Associato	Il soggetto appartenente alla categoria dei Quadri iscritto a Manageritalia in favore del quale viene prestata la garanzia assicurativa prevista dalla Convenzione.
Assicurato	Il soggetto protetto dall'assicurazione e cioè l'Associato a Manageritalia appartenente alla categoria dei Quadri nel cui interesse la Polizza di cui alla Convenzione “Long Term Care Temporanea” n. 3181 viene sottoscritta – nei limiti ivi contenuti – dall'Associazione Manageritalia e per il quale la Contraente stessa versa il relativo Premio.
Beneficiario	Soggetto che riceve la prestazione prevista dal Contratto, quando si verifica l'evento assicurato; per il presente Contratto il beneficiario coincide con l'Assicurato.
Carenza	Intervallo di tempo che intercorre tra la Data di decorrenza dell'assicurazione o della riattivazione della garanzia e la piena efficacia della garanzia. Se l'evento assicurato avviene in tale periodo l'Impresa non liquida la rendita assicurata.
Contraente	L'Associazione Manageritalia che stipula la Polizza e versa i Premi.
Contratto	La Polizza con la quale CNP Vita Assicurazione S.p.A., a fronte del pagamento del Premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.
Convenzione	Accordo tra l'Associazione Manageritalia, l'Impresa di assicurazione e l'Intermediario dal quale deriva la copertura assicurativa prestata a favore degli Assicurati.
Data di decorrenza	Data in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il Contratto ha effetto, a condizione che venga pagato il Premio pattuito.
Durata (del contratto)	Intervallo compreso tra la Data di decorrenza del Contratto e la sua scadenza, durante il quale il Contratto è efficace.
Efficacia (data di)	Data a partire dalla quale la Polizza, benchè con le limitazioni e le esclusioni previste, garantisce all'Assicurato al verificarsi dell'evento assicurato, l'erogazione della prestazione.
Impresa	CNP Vita Assicurazione S.p.A, impresa di assicurazione che presta le garanzie di cui alla presente Polizza collettiva.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili ed indennizzabili in base al Contratto di assicurazione.
Intermediario	la società Assidir S.r.l. iscritta al Registro Unico degli Intermediari assicurativi Sez. A con il numero A00011129.

Ivass	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni. Ivass svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.
Liquidazione	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'Evento assicurato.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il Contratto è efficace e le garanzie operanti.
Polizza (collettiva)	Contratto di assicurazione sulla vita operate in applicazione di apposita Convenzione che la Contraente stipula con l'Impresa per conto di un gruppo omogeneo di individui che assumono la figura di Assicurati.
Posizione individuale	E' rappresentata dal singolo Assicurato nel complesso del gruppo omogeneo di Assicurati per i quali la Polizza viene stipulata dalla Contraente.
Premio annuo	Importo che la Contraente si impegna a pagare per ogni Assicurato e per ogni Annualità assicurativo o sua frazione come corrispettivo del Contratto.
Premio annuo complessivo	Importo dovuto dalla Contraente all'Impresa come corrispettivo del Contratto relativo alla totalità degli Assicurati inseriti in Polizza nell'Annualità assicurativa.

CNP Vita Assicurazione S.p.A.

Via Scarsellini, 14 20161 Milano

www.gruppocnp.it

Tel. +39 02 2775.1

Pec: cnpvita_assicurazione@legalmail.it

Società soggetta a direzione e coordinamento di CNP Assurances S.A. – Sede Legale: via Scarsellini, 14 20161 Milano (ITALIA) – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 19305 del 31/03/1992 pubblicato sulla G.U. n. 82 del 07/04/1992 – Capitale sociale Euro 25,480,080 i.v. – Registro delle Imprese di Milano, C. Fiscale 10210040159 P. IVA 12515340961 società appartenente a GRUPPO IVA CNP – Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00103 – Tel. +39 02 2775.1 – Pec: cnpvita_assicurazione@legalmail.it – www.gruppocnp.it

