

Estratto di Contratto

Fra la Spettabile EMAPI -Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani
Via Lombardia 40, 00187 Roma
Codice Fiscale: 97269410581

Fra la Spettabile Poste Vita S.p.A.
Piazzale Adenauer 3, 00144 Roma
Codice Fiscale: 07066630638

Si stipula la seguente:

POLIZZA CONVENZIONE PER NON AUTOSUFFICIENZA - LTC (LONG TERM CARE)

CONTRATTO n. 101
CODICE CIG: 6472108879
EFFETTO: ore 00 del 01/03/2016
SCADENZA CONTRATTO: ore 24 del 28/02/2019

Poste Vita S.p.A.

00144, Roma (RM), Piazzale Konrad Adenauer, 3 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: postevita@pec.postevita.it
• www.postevita.it

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



SOMMARIO

DEFINIZIONI	4
CONDIZIONI GENERALI DI CONVENZIONE	6
Art. 1 Effetto e durata della Convenzione	6
Art. 2 Certificati di Convenzione	6
Art. 3 Modifiche	6
Art. 4 Rinnovo dei Certificati	7
Art. 5 Oggetto della Convenzione	7
Art. 6 Effetto della copertura	7
Art. 7 Assicurati	7
Art. 8 Limiti di età	8
Art. 9 Termini di decadenza per le adesioni	8
Art. 10 Variazioni in corso d’anno degli assicurati	8
Art. 11 Pagamento e regolazione del premio	8
Art. 12 Riscatto e riduzione	9
Art. 13 Clausola risolutiva espressa	9
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	10
Art. 1 Assicurazione per conto altrui	10
Art. 2 Estensione territoriale	10
Art. 3 Oneri fiscali.....	10
Art. 4 Altre assicurazioni.....	10
Art. 5 Clausola broker.....	10
Art. 6 Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari	10
Art. 7 Forma delle comunicazioni	10
Art. 8 Anagrafiche	10
Art. 9 Statistiche sinistri	11
Art. 10 Commissione paritetica.....	11
Art. 11 Collegio arbitrale	11
Art. 12 Foro competente.....	11
Art. 13 Rinvio alle norme di legge	11
Art. 14 Somma assicurata – Copertura Base Collettiva	11
Art. 15 Somma assicurata – Copertura supplementare Collettiva	11
Art. 16 Somma assicurata – Copertura Aggiuntiva Individuale	12
Art. 17 Premio – Copertura Base Collettiva	12
Art. 18 Premio – Copertura Supplementare Collettiva	13
Art. 19 Premio – Copertura Aggiuntiva Individuale	13
Art. 20 Definizione dello stato di non autosufficienza – LTC (Long Term Care)	14
Art. 21 Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL).....	15
Art. 22 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società	15

Art. 23	Fase d'istruttoria.....	16
Art. 24	Erogazione delle prestazioni	17
Art. 25	Rivedibilità dello stato di non autosufficienza	18
Art. 26	Carenza.....	18
Art. 27	Rischi esclusi.....	19
Art. 28	Coassicurazione, raggruppamento temporaneo e delega.....	20
	Questionario sanitario (Allegato I)	22

DEFINIZIONI

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Assicuratore o Società	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o Impresa di Assicurazione, con la quale la Contraente stipula il contratto di assicurazione.
Assicurato	Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.
Associata	La singola Cassa o Ente aderente ad EMAPI che stipula attraverso il Certificato di assicurazione l'assicurazione disciplinata dalla presente Convenzione.
Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.
Certificato	Il documento che stabilisce i termini di operatività della singola copertura assicurativa.
Contraente	Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani, di seguito solamente EMAPI che stipula solo la presente Convenzione.
Convenzione	La disciplina che regola i rapporti tra EMAPI, le Associate e la Società, costituita dalle presenti definizioni, dalle Condizioni Generali di Convenzione, dalle Condizioni Generali di Assicurazione.
Difetto Fisico	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Evento	Il verificarsi del sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Iscritto	Professionista iscritto alle Casse o Ente di Previdenza aderente ad EMAPI.
Istituto di cura	Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, casa di convalescenza e di soggiorno - pubblici o privati in Italia e all'estero - regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera anche in regime di degenza diurna. Sono esclusi gli stabilimenti termali, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malformazione	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Polizza	Documento che prova l'assicurazione.
Premio	Somma dovuta dalla Associata per il tramite della Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Rischio	Probabilità che si verifichi un sinistro.
Sinistro	Il fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Somma assicurata	Somma di denaro garantita mensilmente dalla Società in caso di riconoscimento di stato di non autosufficienza
Strutture convenzionate	La rete composta da fornitori (es.: istituti di cura, centri diagnostici, fisioterapisti, medici, personale socio-sanitario, infermieri) convenzionati con la Società con la quale la Società stessa ha definito un accordo per il pagamento delle prestazioni.
Società delegataria	La Compagnia di Assicurazione prescelta dalle Società co-assicuratrici a stipulare il contratto.

CONDIZIONI GENERALI DI CONVENZIONE

Art. 1 – Effetto e durata della Convenzione

La presente Convenzione stipulata tra la Società e la Contraente ha durata triennale a decorrere dalle ore 24:00 del 29/02/2016 alle ore 24:00 del 28/02/2019 senza facoltà di disdetta da parte delle Compagnia Assicuratrice e cesserà la propria operatività alla scadenza senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti. E' pertanto espressamente escluso il tacito rinnovo.

Sarà facoltà di EMAPI proporre, entro sei mesi dalla scadenza, il prolungamento dei termini del presente affidamento di anno in anno e fino ad un periodo massimo di ulteriori 36 mesi. La proposta di secondo e terzo prolungamento dovrà essere formulata da EMAPI alla Società entro sei mesi dalla scadenza dell'ultima annualità; la Società avrà facoltà di rifiutare volta a volta la richiesta con atto di diniego che dovrà pervenire ad EMAPI entro 30gg dalla data del ricevimento della richiesta.

E' facoltà di EMAPI, entro 60 gg dalla scadenza della convenzione, richiedere alla Società la proroga della stessa per un periodo massimo di 180 (cento ottanta) giorni, per consentire il completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova convenzione; in tal caso la Società sarà obbligata a prorogare la convenzione, per il periodo richiesto e alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, previo pagamento di un premio corrispondente a tanti dodicesimi del premio annuale di polizza quanti saranno i mesi della proroga richiesti da EMAPI.

E' facoltà di EMAPI recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni da ogni scadenza annuale intermedia, senza che la Compagnia possa vantare alcun diritto e/o indennità.

La presente convenzione opera, a tutti gli effetti - per la validità delle coperture e le modalità e validità delle adesioni - senza soluzione di continuità con la Convenzione per non autosufficienza/LTC (LONG TERM CARE) n.100.000 (e i relativi Certificati) stipulata da EMAPI con Generali Italia scaduta alle ore 24 del 29.02.2016

Art. 2 – Certificati di applicazione

L'adesione al presente programma da parte delle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI e da essa ammesse alla Convenzione è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria mediante Certificati di Assicurazione emessi dalla Società per ogni singola Cassa o Ente associato. I Certificati avranno scadenza uguale a quella della Convenzione e decorrenza definita dalla Contraente.

Tali Certificati costituiranno parte integrante della Convenzione e pertanto la relativa normativa ivi prevista deve essere considerata integralmente estesa alle Associate, assicurate per il tramite dei suddetti certificati.

La Convenzione non vincolerà in alcun modo EMAPI, la quale non sarà tenuta a garantire l'adesione alla convenzione stessa né delle singole casse ed enti aderenti ad EMAPI medesima, né degli iscritti alle predette singole casse ed enti.

La Società Assicuratrice, pertanto, dichiara espressamente di accettare tali prescrizioni, senza che da ciò possa scaturire eccezione alcuna ed anche diritto ad alcun compenso o indennizzo.

Art. 3 – Modifiche

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dalla Convenzione potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società ai singoli certificati, se non in base ad apposita modifica alla Convenzione stessa concordata dalla Società e dalla Contraente.

Art. 4 – Rinnovo dei Certificati

In mancanza di disdetta, inviata con lettera raccomandata almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza dei singoli certificati, questi sono prorogati per la durata di un anno, fermo restando il rinnovo della Convenzione alle medesime condizioni. Nel caso di disdetta della Convenzione i singoli Certificati si intendono automaticamente disdettati alla prima scadenza utile.

In caso di disdetta dei singoli certificati, EMAPI provvederà a darne comunicazione alla Società entro 70 giorni dalla scadenza annuale.

Art. 5 – Oggetto della Convenzione

Oggetto della presente Convenzione è l'assicurazione per l'erogazione di una rendita, per un valore corrispondente alla somma garantita all'Assicurato quando questi si trovi in stato di non autosufficienza come definito dall'Art. 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Le garanzie di cui all'Art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione – Somma assicurata copertura Base Collettiva, sono destinate all'adesione collettiva dei Professionisti e Pensionati in attività iscritti alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI, così come previsto dal successivo Art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione.

E' data la possibilità per ciascun assicurato di ampliare su base individuale e volontaria la copertura prevista dall'Art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione, così come stabilito all'Art. 16 delle Condizioni Generali di Assicurazione – Somma assicurata copertura Aggiuntiva Individuale.

Art. 6 - Effetto della copertura

L'assicurazione opera dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato con tutti gli effetti di cui all'art.1 ultimo comma.

Per il pagamento del premio (prima rata, regolazione, scadenze successive), in deroga all'art. 1901 del Codice Civile, è concesso un termine di mora di 60 giorni per il versamento di quanto dovuto. Se non viene pagato il premio l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 7 – Assicurati

Le garanzie di cui alla presente Convenzione sono prestate in forma collettiva con decorrenza dall'ottenimento da parte della Cassa o Ente di riferimento del Certificato di assicurazione, a favore dei Professionisti e Pensionati in attività iscritti alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI che consentano alla forma collettiva e dei Pensionati già aderenti alla copertura volontaria.

Le garanzie di cui alla presente Convenzione sono altresì prestate in forma collettiva, con le medesime modalità di cui al I comma, anche a favore dei Praticanti iscritti alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI ove ciò sia previsto dagli Statuti e/o Regolamenti delle Casse ed Enti medesimi.

Agli iscritti, di cui al I comma, che maturino il diritto alla pensione di vecchiaia, ovvero ai pensionati che cessino l'attività professionale nel periodo di vigenza della Convenzione è data la possibilità di mantenere l'assicurazione a titolo collettivo con onere a carico delle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI che consentano alla forma collettiva per i pensionati a condizione che non vi sia soluzione di continuità con l'adesione in forma collettiva quale Professionista o Pensionato in attività iscritto alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI.

Agli iscritti, di cui al I comma, che maturino il diritto alla pensione di vecchiaia, ovvero ai pensionati che cessino l'attività professionale nel periodo di Convenzione è data la possibilità di mantenere l'assicurazione alla presente Convenzione a titolo individuale, con onere a proprio

carico, a condizione che non vi sia soluzione di continuità con l'adesione in forma collettiva quale Professionista o Pensionato in attività iscritto alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI.

Art. 8 – Limiti di età

L'assicurazione è valida per tutti gli assicurati di cui all'Art. 7 che al momento dell'attivazione della copertura prevista dalla presente Convenzione, non abbiano compiuto i 70 anni di età.

L'assicurazione è inoltre valida per tutti gli assicurati di cui all'Art. 7 che al momento dell'attivazione della copertura prevista dalla presente Convenzione abbiano già compiuto i 70 anni di età a condizione che gli stessi risultino già assicurati con la Convenzione per non autosufficienza/LTC (LONG TERM CARE) EMAPI/Generali Italia n. 100.000 (e relativi Certificati) e per i quali l'adesione sia stata rinnovata di anno in anno, dopo il compimento dei 70 anni, senza soluzione di continuità. Gli assicurati potranno rimanere in copertura sino alla scadenza della presente Convenzione a condizione che di anno in anno la loro adesione sia stata rinnovata senza soluzione di continuità.

Art. 9 – Termini di decadenza per le adesioni

Per le adesioni in forma collettiva le Associate avranno 90 giorni di tempo, dall'esplicita adesione alla Convenzione, per la trasmissione delle anagrafiche alla Contraente che avrà, a sua volta, 30 giorni per trasferirle alla Società.

Art. 10 – Adesione di nuove Casse e variazione degli assicurati in corso d'anno**• Adesione di nuove Casse/Enti in corso d'anno.**

Gli Enti o Casse aderenti ad EMAPI possono consentire l'inclusione in garanzia, in corso d'anno assicurativo, dei possibili assicurati di cui all'Art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione.

Per tutte le entrate il premio verrà conteggiato in “/12” (dodicesimi)”.

• Inclusione di nuovi iscritti in corso d'anno.

Possono essere, altresì, assicurati i soggetti di cui all'Art. 7 che si iscriveranno alle rispettive Casse nel corso del periodo di durata del contratto con decorrenza dalla data della domanda di iscrizione alla Cassa o Ente, regolarmente presentata, attestata dal protocollo delle Casse medesime; il rateo di premio relativo verrà pagato all'atto del conguaglio finale di cui all'Art. 11 delle Condizioni Generali di Convenzione.

Per tutte le entrate avvenute nel primo semestre di decorrenza del contratto, il premio verrà calcolato con la corresponsione dell'intero premio annuo. Per tutte le entrate avvenute nel secondo semestre, il premio verrà calcolato con la corresponsione del 50% dell'intero premio annuo.

• Esclusione di iscritti in corso d'anno

Il venir meno dei requisiti di cui all'Art.7, non produce effetto ai fini della presente Convenzione fino alla scadenza dell'anno assicurativo.

Tutte le uscite avvenute nel periodo assicurativo annuo verranno posticipate alla scadenza annuale.

Art. 11 – Pagamento e regolazione del premio

Il premio annuale è versato dalle Associate tramite EMAPI in unica rata annuale anticipata.

Le regolazioni avverranno su base annuale. Il Contraente è obbligato a comunicare alla Società entro 90 giorni dalla scadenza del periodo assicurativo annuo i dati necessari alla regolazione. Il pagamento delle differenze attive risultanti deve essere effettuato entro 60 giorni dalla data del conto di regolazione emesso dalla Società. Nessun rimborso di premio sarà dovuto per le cessazioni in corso d'anno.

I premi devono essere pagati alla Società tramite EMAPI.

Art. 12 – Riscatto e riduzione

Il contratto non prevede il riscatto e la riduzione della prestazioni, pertanto, in caso di mancato pagamento dei premi il contratto si risolve e i premi pagati in precedenza rimarranno acquisiti dalla Società.

Art. 13 – Clausola risolutiva espressa

La presente convenzione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del C.C., si risolverà di diritto al verificarsi di una delle situazioni di seguito indicate, fermo restando il diritto di EMAPI di agire per il risarcimento dei danni subiti:

1. subappalto delle prestazioni contrattuali senza autorizzazione di EMAPI;
2. cessione del contratto;
3. dopo tre inadempienze, contestate tramite raccomandata A.R. in ordine alla perfetta esecuzione del servizio;
4. provvedimenti a carico dei rappresentanti dell'appaltatore di cui alla vigente normativa antimafia;
5. revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa;
6. violazione degli obblighi di riservatezza.

Roma, il 18/03/2016

EMAPI – Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani
Il Presidente
Dott. Demetrio Houlis

Poste Vita S.p.A.
L'Amministratore Delegato
Dott.ssa Maria Bianca Farina

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Assicurazione per conto Altri

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati; gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dalla Associata e, laddove specificato, dalla Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del C.C.

Art. 2 – Estensione territoriale

La copertura assicurativa è indipendente dal luogo (nazionale o estero) dove si verifica il sinistro.

Art. 3 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Associata.

Art. 4 – Altre assicurazioni

L'Associata è tenuta a denunciare alla Compagnia l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio. La Società entro 30 (trenta) giorni dalla comunicazione può recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni.

L'Assicurato è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

Art. 5 – Clausola broker

EMAPI dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Società di brokeraggio assicurativo ITAL BROKERS S.p.A. – P.I./C.F. n. 08536311007– Matricola RUI: B000059359.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società prende atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente stesso.

In deroga all'art. 1901 c.c. e a quanto stabilito all'art. 11 delle Condizioni Generali di Convenzione, la Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato e che tale pagamento è liberatorio per il Contraente.

Il Broker in questione verrà remunerato secondo consuetudine di mercato ovvero dalle Compagnie di Assicurazione.

Art. 6– Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

La Compagnia delegataria e/o le Compagnie coassicuratrici, fornitrice/i del servizio assicurativo assume/mono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art 3 legge 136/2010 e successive modifiche.

Art. 7 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono essere fatte con lettera raccomandata, oppure con telegramma, con telefax, posta elettronica, posta elettronica certificata.

Art. 8 – Anagrafiche

EMAPI si impegna a trasmettere alla Società l'elenco degli assicurati e l'aggiornamento nel corso dell'anno dei dati, fornito dalle rispettive Casse ed Enti, tramite tracciato record.

Rimane fermo che ai fini della validità della copertura assicurativa farà fede la dichiarazione della Cassa/Ente aderente ad EMAPI, a prescindere dalla avvenuta comunicazione del nominativo dell'Assicurato alla Società.

Art. 9 – Statistiche sinistri

La Società si impegna a comunicare con cadenza mensile ad EMAPI le informazioni inerenti le denunce di sinistro e le liquidazioni operate nello stesso mese. Verranno forniti tramite supporto elettronico concordato con EMAPI i seguenti dati: numero sinistro, dati anagrafici e n. matricola degli iscritti alle Casse, data denuncia e tempistiche di gestione dei sinistri (a titolo esemplificativo: data di invio del questionario e delle richieste di documentazione da parte della Società, data di restituzione del questionario compilato e dell'invio della documentazione da parte dell'Assicurato, data di chiamata a visita, data chiusura del sinistro), data liquidazioni (primo pagamento e pagamenti successivi).

La Società si impegna a comunicare trimestralmente ad EMAPI, attraverso supporto elettronico concordato con EMAPI, le statistiche (di ciascun periodo assicurativo) riepilogative dei sinistri aperti, liquidati/riservati e rigettati.

Art. 10 – Commissione paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali, improntata al criterio di maggior favore nei confronti del Contraente/Assicurato, è demandata ad una apposita Commissione paritetica permanente composta da quattro membri designati due da EMAPI e due dalla Società.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

Art. 11 – Collegio arbitrale

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dell'Art. 10, sarà competente un collegio arbitrale composto da tre membri, due scelti da ciascuna delle parti ed il terzo nominato di accordo tra gli arbitri; in assenza di accordo dal Presidente del Tribunale di Roma. L'arbitrato avrà sede in Roma. Gli arbitri giudicheranno nel rispetto delle norme del codice di procedura civile.

Art. 12 – Foro competente

Per la risoluzione di eventuali controversie il foro competente è quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 13 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto qui non sia diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 14 - Somma assicurata – Copertura Base Collettiva

La somma mensile garantita nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" è pari a € **1.035,00** – non indicizzata - e verrà garantita all'Assicurato finché in vita.

Art.15 – Somma assicurata – Copertura Supplementare Collettiva

E' data la possibilità alle Casse ed Enti di Previdenza aderenti ad EMAPI che consentano alla forma collettiva, di incrementare la somma assicurata di cui all'Art. 14 delle Condizioni Generali

di Assicurazione che precede a favore degli Assicurati di cui all'Art.7 delle Condizioni Generali di Convenzione.

La somma mensile garantita ai sensi del presente articolo nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" corrisponde a € **480,00** – non indicizzata - e verrà garantita all'Assicurato finché in vita.

Art.16 – Somma assicurata – Copertura Aggiuntiva Individuale

E' data la possibilità agli Assicurati di cui all'Art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione che già aderiscono alla Copertura Base di incrementare, a titolo individuale e volontario e con onere aggiuntivo a proprio carico, la somma assicurata di cui all'Art.14 delle Condizioni Generali di assicurazione che precede.

Ciascun assicurato potrà scegliere la somma assicurata aggiuntiva tra due opzioni – alternative tra loro - per ciascuna delle quali è stabilito uno specifico premio da sommarsi a quello previsto per la Copertura Base.

In particolare, le somme mensili – alternative tra loro - garantite ai sensi del presente articolo nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC " sono:

OPZIONE 1: € 360 – non indicizzata - e verrà garantita all'Assicurato finché in vita.

OPZIONE 2. € 600 – non indicizzata - e verrà garantita all'Assicurato finché in vita.

L'adesione alla copertura aggiuntiva è subordinata alla compilazione di un questionario sanitario (Allegato I alla presente Convenzione che ne fa parte integrante) da parte degli interessati ed all'accettazione dell'adesione da parte della Società.

L'adesione alla copertura Aggiuntiva con la scelta dell'opzione dovrà avvenire all'inizio di ciascuna annualità assicurativa ad eccezione delle adesioni in corso d'anno così come previste dall'Art.10 delle Condizioni Generali di Convenzione, I e II punto, per le quali è previsto un termine di 60 giorni dall'adesione stessa.

In caso di rinnovo annuale dell'adesione senza soluzione di continuità rispetto a quella dell'annualità precedente, l'assicurato non sarà tenuto alla compilazione di un nuovo questionario (Allegato I) facendo fede il questionario compilato al momento della prima adesione. In caso di soluzione di continuità e di variazione di opzione, dall'opzione 1 all'opzione 2, sarà necessaria la compilazione di un nuovo questionario sanitario (Allegato I) e l'accettazione della adesione/variazione da parte della Società.

Art. 17- Premio – Copertura Base Collettiva

In caso di prosecuzione volontaria individuale, prevista dall'Art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione, i contributi annui per ciascun Assicurato, relativamente alla somma assicurata di cui all'Art. 14, sono determinati in Euro 287,00 indipendentemente dall'età dell'assicurato.

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" libera l'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, dal versamento dei premi per le scadenze successive al riconoscimento del suddetto stato.

Art. 18 - Premio – Copertura Supplementare Collettiva

In caso di prosecuzione volontaria individuale, prevista dall'Art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione, i contributi annui per ciascun Assicurato, relativamente alla somma assicurata di cui all'Art. 15, sono determinati in Euro 122,80 indipendentemente dall'età dell'assicurato.

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" libera l'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, al versamento dei premi per le scadenze successive al riconoscimento del suddetto stato.

Art. 19 - Premio – Copertura Aggiuntiva Individuale

I premi annui per ciascun Assicurato, determinati in funzione dell'età dell'Assicurato stesso, individuata in base agli anni compiuti al momento dell'adesione in ciascuna annualità assicurativa, comprensivi di oneri fiscali, relativamente alla somme assicurate di cui all'Art. 16, vengono fissati in:

OPZIONE 1 (somma mensile non indicizzata € 360,00):

fino a 22 anni	€ 96,00
da 23 a 25 anni	€ 102,00
da 26 a 28 anni	€ 109,00
da 29 a 31 anni	€ 117,00
da 32 a 34 anni	€ 125,00
da 35 a 37 anni	€ 135,00
da 38 a 40 anni	€ 147,00
da 41 a 43 anni	€ 160,00
da 44 a 46 anni	€ 176,00
da 47 a 49 anni	€ 193,00
da 50 a 52 anni	€ 215,00
da 53 a 55 anni	€ 240,00
da 56 a 58 anni	€ 271,00
da 59 a 61 anni	€ 308,00
da 62 a 64 anni	€ 354,00
da 65 a 67 anni	€ 410,00
da 68 a 69 anni	€ 499,00
solo per i rinnovi, da 70 anni	€ 565,00

OPZIONE 2 (somma mensile non indicizzata € 600,00):

fino a 22 anni	€ 153,00
da 23 a 25 anni	€ 163,00
da 26 a 28 anni	€ 175,00
da 29 a 31 anni	€ 187,00
da 32 a 34 anni	€ 202,00
da 35 a 37 anni	€ 219,00
da 38 a 40 anni	€ 238,00
da 41 a 43 anni	€ 260,00
da 44 a 46 anni	€ 286,00
da 47 a 49 anni	€ 316,00

da 50 a 52 anni	€ 351,00
da 53 a 55 anni	€ 394,00
da 56 a 58 anni	€ 445,00
da 59 a 61 anni	€ 507,00
da 62 a 64 anni	€ 583,00
da 65 a 67 anni	€ 677,00
da 68 a 69 anni	€ 792,00
solo per i rinnovi, da 70 anni	€ 935,00

In caso di adesione in corso d'anno così come previsto dal penultimo comma dell'Art.16 della Condizioni Generali di assicurazione, i premi di cui sopra saranno dovuti interamente in caso di adesione nel corso del I semestre dell'annualità assicurativa e ridotti del 50% in caso di adesione nel corso del II semestre dell'annualità assicurativa.

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" libera l'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, al versamento dei premi per le scadenze successive al riconoscimento del suddetto stato.

Art. 20 - Definizione dello stato di non autosufficienza/ LTC (Long Term Care)

Ai sensi della presente Convenzione, è considerato in stato di non autosufficienza/LTC (Long Term Care) l'Assicurato che, a causa di una malattia, di infortunio o per perdita delle forze, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana indicate all'Art.21, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dai successivi Art. 22 e 23.

Nel caso delle attività della vita quotidiana, tale livello è determinato sommando il numero di attività per le quali l'assicurato necessita di assistenza da parte di un'altra persona.

Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana di cui all'Art. 21, l'Assicurato che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti di origine organica).

La perdita delle capacità cognitive viene definita come peggioramento o perdita delle facoltà intellettuali da valutarsi attraverso dati clinici e test standard che misurano il danneggiamento presente nelle seguenti aree:

- memoria di breve e lungo periodo;
- orientamento verso persone e luoghi e verso il tempo (conoscenza della data o dell'ora corrente);
- ragionamento deduttivo e astratto (risoluzione di semplici problemi, capacità di prendere decisioni razionali).

L'Assicurato verrà considerato quale sofferente di perdita di capacità cognitive, se:

- esistono prove cliniche che la perdita di capacità cognitiva è dovuta a cause organiche;

- dalle risposte date dall'Assicurato a test standard risulta la perdita delle capacità cognitive; la valutazione delle risposte deve avvenire in conformità alle procedure e ai dati contenuti in pubblicazioni scientifiche;
- la capacità intellettuale dell'Assicurato è tale per cui, lo stesso necessita di essere sottoposto ad un continuo controllo o richiede una continua assistenza da parte di un'altra persona, al fine di proteggere l'Assicurato stesso o terzi soggetti con i quali questi venisse a contatto.

In ogni caso, la prestazione è erogata sia nei casi in cui la perdita dell'autosufficienza dia luogo al ricovero ospedaliero, che in quelli in cui non è previsto il ricovero.

Art. 21 – Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)

Per attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) si intendono:

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 lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, 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. *mobilità*: 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. 22 - Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società

Entro 60 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare o che comunque si occupi dello stesso, dovrà contattare la Società e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro dovrà contenere un certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la data della sua sopravvenienza. Dovrà inoltre precisare l'origine (ad esempio: incidentale o patologica) dell'affezione o delle affezioni.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test Mini Mental State Examination di Folstein).

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", se

L'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto, potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, potrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso potrà essere prodotta idonea documentazione da cui si desuma il riconoscimento dello stato di invalidità civile totale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora detto riconoscimento non sia ancora avvenuto potrà essere prodotta copia della domanda di invalidità civile presentata al Servizio Sanitario Nazionale.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata alla Società.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato, sempreché il contratto non sia scaduto da oltre quattro mesi, dalla Società quando:

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

Art.23 - Fase d'istruttoria

Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società così come previsto dall'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC", questa si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione.

Tempistiche di gestione:

In particolare:

- Entro 20 giorni dal ricevimento della denuncia da parte dell'Assicurato ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, la Società invia il questionario da compilare e richiede ulteriore documentazione medica ove necessaria.
- Entro 45 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva la Società si impegna a dare riscontro all'Assicurato in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza ovvero, ove lo ritenga necessario, si impegna a sottoporre l'Assicurato a visita.

- Qualora la Società ritenga necessario sottoporre a visita l'Assicurato, congiuntamente al riscontro di cui sopra, o al massimo nei 15 giorni successivi, questa dovrà comunicare il nominativo del proprio fiduciario ed i recapiti dello stesso. Rimane fermo che ove venga richiesto dall'Assicurato o dal tutore di questi, la visita verrà effettuata presso il domicilio dell'Assicurato o, ove questi sia ricoverato, presso la struttura sanitaria.
- Effettuata la visita la Società si impegna a dare riscontro all'Assicurato in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza entro 45 giorni dalla visita stessa o dalla ricezione delle risultanze di eventuali accertamenti richiesti.

Nel caso l'assicurato risulti in stato di non autosufficienza/LTC così come definito all'Art. 20, avrà diritto alle prestazioni con effetto dal momento della denuncia del sinistro sempreché la documentazione prodotta risulti esaustiva e sia possibile accertare che l'assicurato si trovava in stato di non autosufficienza/LTC già al momento della presentazione della denuncia; diversamente, dal momento in cui la documentazione prodotta è esaustiva e si può certamente riconoscere che l'assicurato si trova in stato di non autosufficienza/LTC.

Nel caso in cui l'assicurato risulti in stato di non autosufficienza/LTC così come definito all'Art.20 la Società, unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza richiederà all'assicurato le coordinate bancarie sulle quali procedere al pagamento di quanto dovuto, ferma restando la possibilità per l'assicurato di richiedere il pagamento tramite assegno bancario. Il pagamento da parte della Società dovrà avvenire entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'assicurato.

Nei casi in cui l'assicurato non risulti in stato di non autosufficienza/LTC così come definito all'Art. 20, la Società comunicherà l'esito dell'istruttoria specificandone i motivi, come da valutazione del medico incaricato dalla Società stessa, ed indicando la rivedibilità.

Nel caso di lungodegenza la Società si impegna, ferme le tempistiche di gestione di cui sopra, a sottoporre a visita l'assicurato ed a fornire a questi riscontro; in ogni caso, l'assicurato potrà presentare la cartella clinica, o in alternativa, una relazione medica redatta dalla struttura presso la quale è in corso il ricovero da cui si desuma la data d'ingresso e i motivi che hanno reso necessario il ricovero.

Le parti convengono che tutte le comunicazioni relative alla gestione dei sinistri e la documentazione che l'assicurato dovrà produrre potranno essere inviate anche a mezzo e-mail in formato digitale.

La Società si impegna a fornire all'atto della stipulazione del contratto l'elenco dei documenti necessari per l'erogazione delle prestazioni e un fascicolo informativo contenente una guida all'utilizzo del servizio di liquidazione sinistri; entrambi questi documenti avranno validità e saranno vincolanti per gli assicurati esclusivamente nel caso in cui verranno approvate espressamente da EMAPI.

Art.24 – Erogazione delle prestazioni

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'Art. 20 "Definizione dello stato di non autosufficienza/LTC" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma assicurata - entro i limiti previsti all'Art. 14 "Somma assicurata – Copertura Base Collettiva" ed eventualmente all'Art. 15 “Somma assicurata – Copertura Supplementare Collettiva” e all'Art. 16 "Somma assicurata - Copertura Aggiuntiva Individuale" - sotto forma di rendita mensile anticipata.

La Società corrisponde all'Assicurato quanto dovuto, tramite bonifico bancario oppure tramite assegno bancario, in forma di rendita mensile anticipata.

Art. 25 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

Nel corso del periodo di erogazione della prestazione, la Società si riserva il diritto di effettuare successivi accertamenti della condizione di non autosufficienza dell'Assicurato. In tale occasione, sarà richiesta almeno la presentazione di un certificato del medico curante che attesti la permanenza dello stato di non autosufficienza. La Società si riserva comunque la possibilità di richiedere all'Assicurato ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie, ovvero di farlo esaminare da un Medico di propria scelta.

Se dai suddetti accertamenti dovesse rilevarsi che non sussistono più i presupposti per l'erogazione della prestazione per perdita di autosufficienza, con effetto dalla data della propria richiesta, la Società potrà cessare l'erogazione della prestazione.

Rimane comunque fermo il diritto dell'assicurato di riproporre successivamente domanda per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza dovuto a cause sopravvenute.

Durante il periodo di erogazione delle prestazioni, se l'Assicurato esce dallo stato di non autosufficienza è tenuto a darne comunicazione alla Società entro un periodo di 30 giorni.

Inoltre, gli eredi dell'Assicurato dovranno informare la Società dell'intervenuto decesso dell'Assicurato entro i 30 giorni successivi alla data del decesso stesso. Le eventuali prestazioni riconosciute all'Assicurato ma riferite a periodi successivi al decesso di questi dovranno essere restituite alla Società.

Art. 26 – Carenza

Per la sola copertura Aggiuntiva /Art. 16 la garanzia decorre dopo un periodo di carenza di 12 mesi dalla data di adesione del singolo assicurato.

Per la sola copertura Aggiuntiva /Art. 16 nel caso in cui il verificarsi della non autosufficienza sia conseguenza di patologie nervose o mentali dovute a causa organica (ad esempio, il morbo di Alzheimer o di Parkinson) il periodo di carenza è di 36 mesi.

Nel caso di soluzione di continuità nell'adesione alla presente Convenzione i periodi di carenza di cui ai commi che precedono inizieranno a decorrere ex-novo dalla data di ri-adesione dell'assicurato.

Nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia dovuto ad infortunio, malattia infettiva acuta o shock anafilattico avvenuti dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, non trova applicazione la carenza di cui ai precedenti capoversi.

I casi di non autosufficienza conseguenti a malattie manifestatesi e/o diagnosticate durante i periodi di carenza, liberano la Società dagli obblighi contrattuali e causano la rescissione del contratto relativamente al singolo assicurato, con il conseguente rimborso dei premi versati al netto dei caricamenti.

La presente convenzione opera, a tutti gli effetti - per la validità delle coperture, ivi compresa le decorrenze dei periodi di carenza, le modalità e validità delle adesioni -, senza soluzione di continuità con la Convenzione per non autosufficienza/LTC (LONG TERM CARE) n. 100.000 (e i relativi Certificati) stipulata da EMAPI con Generali Italia scaduta alle ore 24 del 29.02.2016

Art. 27- Rischi esclusi

Sono esclusi tutti gli assicurandi che al momento dell'inizio della copertura si trovano nello stato di non riuscire a svolgere almeno una delle sei attività ordinarie della vita quotidiana di cui all'Art. 21 delle Condizioni Generali di Assicurazione, oppure risultino già affetti da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determini la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti di origine organica).

Nelle ipotesi sopra indicate, la Società non riconosce le prestazioni assicurate ed è tenuta a rimborsare un importo pari al rateo di premio non goduto, al netto dei relativi costi accessori.

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

- a. Dolo del Contraente o dell'Assicurato.
- b. Atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.
- c. Partecipazione attiva 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.
- d. Oltre a ciò non sono coperti dalla presente assicurazione, anche in mancanza di partecipazione attiva, tutti i sinistri derivanti da atti di guerra avvenuti al di fuori del territorio italiano qualora siano trascorsi più di 14 giorni tra l'inizio del primo evento definibile come atto di guerra ed il sinistro stesso o qualora le parti coinvolte non si trovassero nella regione geografica in questione prima dell'inizio dell'atto di guerra stesso.
- e. Partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo, insurrezioni, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente.
- f. Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc).
- g. 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 non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio. La garanzia tuttavia è operante nel caso di viaggi compiuti dall'Assicurato in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche.
- h. Pratica anche puramente ricreativa delle seguenti attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce ghiacciate oltre il 3° grado (scala U.I.A.A – Unione Italiana Associazioni Alpine), partecipazione a corse, gare automobilistiche e con natanti a motore (e relative prove), salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, speleologia, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere, rugby, football americano, hockey su ghiaccio, sport equestri in genere ad eccezione delle passeggiate avente carattere puramente ricreativo, corse e incontri sportivi (e relative prove ed allenamenti) comunque relativi a qualsiasi sport svolto a livello professionistico, sport aerei in genere.
- i. Fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, e corrosivi e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei.
- j. Abuso di alcolici e psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva.

Art. 28 - Coassicurazione, raggruppamento temporaneo e delega

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici ai sensi dell'art. 1911 del Codice Civile, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata. In deroga all'art. 1911 del Codice Civile, è stabilito il principio di solidarietà; pertanto la Società Delegataria, in via solidale, sarà comunque tenuta a rispondere nei confronti dell'assicurato e/o contraente, di tutti gli obblighi derivanti dal contratto.

Nel caso in cui le suddette Società siano invece temporaneamente raggruppate ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs. n. 163/2006 tutte le Società sono responsabili in solido per il pagamento dell'indennizzo e la Società mandataria del raggruppamento è considerata Società Delegataria. Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società Coassicuratrici hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti dal Broker incaricato, per conto del Contraente, unicamente nei confronti della Compagnia Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza per il quale le Società Coassicuratrici conferiscono specifico mandato al Broker Incaricato che ne risponderà direttamente nei loro confronti.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza.

Roma, il 18/03/2016

EMAPI – Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani
Il Presidente
Dott. Demetrio Houlis

Poste Vita S.p.A.
L'Amministratore Delegato
Dott.ssa Maria Bianca Farina

**CONVENZIONE PER NON AUTOSUFFICIENZA/ LONG TERM CARE (LTC)
EMAPI – Poste Vita S.p.A.**

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

(Rispondere specificatamente a tutte le domande)

QUESTIONARIO DA UTILIZZARE PER L'ADESIONE ALLA COPERTURA AGGIUNTIVA

(Art. 5 ultimo comma delle Condizioni Generali di Convenzione e Art. 16 Condizioni Generali di Assicurazione)

Cognome e Nome: _____
Data e luogo di nascita: _____ CF: _____
Indirizzo: _____ CASSA/ENTE _____

Le dichiarazioni che seguono costituiscono la base del contratto che verrà emesso dalla Società. Si ricorda che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere l'efficacia del diritto alla prestazione (art. 1892 Cod. Civile).

La Compagnia di Assicurazione dichiara di accettare tutte le richieste di adesione pervenute accompagnate da questionario sanitario nel quale siano presenti tutte risposte negative; nel caso, invece, venga risposto con un SI non sarà possibile aderire alla copertura aggiuntiva.		
1	Necessita di apparecchiature o dell'aiuto o della presenza di un'altra persona per lo svolgimento di attività della vita quotidiana quali vestirsi e svestirsi, lavarsi, cucinare, fare i lavori di casa, mangiare, fare la spesa, fare una passeggiata, andare alla toilette, entrare ed uscire dal letto, muoversi da una stanza all'altra, gestire le funzioni della vescica?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Ha mai percepito o percepisce una pensione di invalidità, oppure una pensione per incapacità permanente corrispondente ad un livello di incapacità superiore al 40%, oppure beneficia di un anticipo di pensione per ragioni di salute?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Le è stata diagnosticata una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che determina la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti di origine organica).	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Negli ultimi 12 mesi è stato ricoverato per più di 7 giorni consecutivi?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Negli ultimi 12 mesi è stato assente dal lavoro per malattia o infortunio per almeno 4 settimane consecutive?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

L'assicurato dichiara, ai sensi degli artt. 1892-1893 del C.C. che le notizie contenute nel presente questionario, da Lui rese, sono conformi a verità, non avendo sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

L'assicurato dichiara, inoltre, di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, Aziende sanitarie, ai quali l'Assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere, acconsentendo, in particolare, che tali informazioni ed atti sanitari siano, dall'Assicuratore stesso, comunicati e sottoposti all'esame di persone o Enti, nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Data _____ Letto, confermato e sottoscritto _____
(Firma dell'Assicurato)

