

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Safety Life Plus

powered by



Data ultimo aggiornamento: 12 aprile 2021
[EDIZIONE 04/21]

Le presenti condizioni di assicurazioni sono redatte secondo le linee guida del Tavolo tecnico ANIA per contratti semplici e chiari.

PAGINA DI PRESENTAZIONE DEL CONTRATTO

NOVIS Safety Life Plus è un contratto di assicurazione temporanea in caso di morte che prevede la corresponsione di un capitale ai beneficiari designati in caso di decesso dell'assicurato entro il termine di scadenza del contratto di assicurazione. Il Contratto prevede inoltre **Coperture facoltative** che possono integrare l'assicurazione Caso Morte.

Come leggere le Condizioni di Assicurazione

La Compagnia ha strutturato il proprio Contratto di Assicurazione **NOVIS Safety Life Plus** in modo da garantirti la massima trasparenza e facilità di lettura. In questa pagina, la Compagnia ti spiega come leggere il Contratto e come interpretare le forme di comunicazione utilizzate.

Nell'ambito delle Condizioni di Assicurazioni, potrai trovare:

Box esplicativi di colore **verde** contenenti esempi utili per comprendere il funzionamento del Contratto e delle coperture offerte.

Box esplicativi di colore **blu** contenenti chiarimenti di clausole contrattuali o di norme di legge.

✓ L'indicazione Nota bene!	in relazione alle clausole contrattuali rispetto a cui il Cliente deve porre particolare attenzione. Si tratta di: - clausole contrattuali che prevedono decadenze, nullità, limitazioni od oneri a carico del contraente o dell'assicurato; - clausole che recano ESCLUSIONI e CONDIZIONI obiettive o essenziali di assicurabilità.
✓ L'espressione Cosa devo fare per...?	... per evidenziare cosa devi fare per: - revocare la proposta; - recedere dal contratto di assicurazione; - richiedere la riattivazione del Contratto; - denunciare il sinistro; - comunicare con la Compagnia...
✓ Termini contrattuali indicati con Lettera iniziale maiuscola...	... il cui significato può essere rinvenuto nel Glossario

GLOSSARIO

1. OGGETTO DEL CONTRATTO: CHI/CHE COSA È ASSICURATO?	1	QUANDO E COME DEVONO ESSERE EFFETTUATI I PAGAMENTI?	2	12. RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	3
2. ESCLUSIONI: QUALI SONO I LIMITI DI COPERTURA?	1	7. CONCLUSIONE DEL CONTRATTO ASSICURATIVO E DECORRENZA DELLA COPERTURA: QUANDO INIZIA LA COPERTURA?	2	13. CESSIONE, PEGNO E VINCOLO	3
3. ESTENSIONE TERRITORIALE DELLA COPERTURA: DOVE VALE LA COPERTURA?	1	8. DURATA DEL CONTRATTO: QUANDO FINISCE LA COPERTURA?	2	14. PRESCRIZIONE	4
4. BENEFICIARI	1	9. INTERRUZIONE DEL VERSAMENTO DEI PREMI	3	15. COMUNICAZIONI	4
5. OBBLIGHI DEI BENEFICIARI IN CASO DI EVENTO	2	10. COSTI: QUALI SONO I COSTI APPLICATI AL PRODOTTO?	3	16. RECLAMI, NEGOZIAZIONE ASSISTITA E MEDIAZIONE	4
6. PAGAMENTO DEL PREMIO ASSICURATIVO:		11. REVOCA DELLA PROPOSTA	3	17. LEGGE APPLICABILE E FORO COMPETENTE	4
				18. REGIME FISCALE	4
				19. CONFLITTI DI INTERESSE	4

GLOSSARIO

Nel glossario viene definito il significato dei termini utilizzati nel Contratto assicurativo

Assicurato: persona sulla cui vita è stipulata l'assicurazione. Il Contratto prevede un solo Assicurato.

Beneficiario: soggetto a favore del quale è stipulata l'assicurazione. Il Beneficiario, designato dal Contraente al momento della sottoscrizione del Contratto di assicurazione o in un momento successivo, è il soggetto che riceverà il Capitale caso morte al momento del decesso dell'Assicurato.

Capitale caso morte: somma dovuta al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato.

Carenza: periodo di tempo durante il quale il Contratto non è efficace. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto e la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

A partire dalla data di decorrenza della copertura assicurativa è previsto un periodo di carenza:

Periodo di carenza	Copertura
6 mesi	Diagnosi di cancro
6 mesi	Invalità Totale e Permanente*
1 anno	Perdita Totale di Autosufficienza in caso di malattia
3 anni	Perdita Totale di Autosufficienza in caso di malattia nervosa o mentale

Attenzione!

* Per la **sol**a copertura Invalità Totale e Permanente il periodo di carenza non trova applicazione se l'Assicurato effettua una visita medica da un medico specialista, fornendo alla compagnia il relativo referto.

Nessun periodo di Carenza sarà applicato se la perdita totale di autosufficienza o invalidità totale e permanente siano conseguenza diretta di infortunio.

In caso di Perdita Totale di Autosufficienza, Invalità Totale e Permanente a causa di malattia o malattie nervose o mentali, il contratto assicurativo e le relative coperture vengono meno e la Compagnia restituirà al Contraente i premi versati, al netto dei costi.

Compagnia: NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. con sede Námestie Ľudovíta Štúra 2, Bratislava 811 02. Compagnia assicuratrice slovacca, autorizzata ad operare in Italia in libera prestazione di servizi nei rami I e III.

Contraente: soggetto che stipula il Contratto di assicurazioni impegnandosi al pagamento dei premi assicurativi. Il Contraente può essere una persona fisica o giuridica.

Condizioni di assicurazione: Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contratto di assicurazione (o Contratto): il Contratto di Assicurazione emesso dalla Compagnia regolato dalle presenti Condizioni di assicurazione.

Data di decorrenza: data in cui inizia la copertura

Età assicurativa: è l'età espressa in anni interi compiuta dall'assicurato durante l'anno solare di riferimento. In questo modo, il compleanno dell'assicurato viene sempre anticipato al 1° gennaio dell'anno di riferimento.

In ogni caso, il Contraente non potrà sottoscrivere il contratto se non ha compiuto 18 anni (età anagrafica).

Data di nascita	Età anagrafica al 30.06.2021	Età assicurativa nel corso dell'anno 2021	Sottoscrizione
14.10.2003	17 anni e 8 mesi	18 anni	NON consentita
30.12.2002	18 anni e 6 mesi	19 anni	consentita
17.09.1987	33 anni e 9 mesi	34 anni	consentita
11.07.1974	46 anni e 11 mesi	47 anni	consentita

Proposta: documento o modulo sottoscritto dal Contraente che attesta la volontà di concludere il contratto con la Compagnia in base alle condizioni previste nel Set Informativo.

Premio annuo: importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsti dal contratto. Il Premio relativo alle Coperture facoltative aumenta di anno in anno in relazione all'incremento del rischio assunto dalla Compagnia in funzione dell'età dell'Assicurato.

Somma assicurata: importo scelto dal Contraente e indicato nella Proposta che la Compagnia si impegna a corrispondere ai Beneficiari in caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, a fronte del pagamento del Premio pattuito.

1. OGGETTO DEL CONTRATTO: CHI/CHE COSA È ASSICURATO?

NOVIS Safety Life Plus è una assicurazione temporanea caso morte, che prevede il pagamento ai Beneficiari di un capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato entro la scadenza del Contratto di assicurazione. Il Contratto prevede le seguenti Coperture facoltative, che possono essere liberamente selezionate dal Contraente:

- diagnosi di Cancro,
- Perdita Totale di Autosufficienza
- Invalità Totale e Permanente

Nota bene!

Ciascuna Copertura Facoltativa è operante SOLO se espressamente selezionata dal Contraente al momento della sottoscrizione o in corso di Contratto.

Nota bene!

Se alla scadenza del Contratto l'Assicurato è in vita, la Compagnia NON corrisponderà il Capitale caso morte. I premi versati saranno acquisiti da Novis a fronte della copertura prestata.

Nota bene!

Se il Contraente è una persona giuridica, la durata del contratto, la copertura caso morte e le altre coperture facoltative sono determinate con riferimento all'età e allo stato di salute dell'Assicurato.

La Somma assicurata minima è di € 20.000,00. Il Contraente può richiedere alla Compagnia di prevedere una Somma assicurata di ammontare superiore, purché espressa in multipli di mille euro.

Incremento della somma assicurata: l'Assicurato può richiedere alla Compagnia di incrementare la Somma assicurata in qualsiasi momento nel corso del Contratto. La richiesta dovrà essere effettuata in forma scritta. La Compagnia si riserva di valutare la richiesta dell'Assicurato in relazione all'effettivo rischio dalla stessa assunto.

Per la valutazione della richiesta, la Compagnia richiederà al Contraente la compilazione di un nuovo questionario sanitario e potrà richiedere ulteriori accertamenti medici. Il costo dell'eventuale visita medica sarà a carico dell'Assicurato.

L'incremento della somma assicurata può comportare un aumento del premio annuale.

Età dell'Assicurato: per la copertura caso morte e le coperture facoltative "Diagnosi di Cancro" e "Perdita Totale di Autosufficienza", l'Assicurato deve avere una età compresa tra i 18 e i 75 anni. Non possono pertanto rientrare in copertura soggetti con età anagrafica inferiore a 18 anni ed una Età assicurativa superiore a 75.

La copertura caso morte e le coperture facoltative Diagnosi di Cancro e Perdita Totale di Autosufficienza, cessano in ogni caso il giorno precedente all'anni-

versario di polizza dell'anno in cui l'Assicurato raggiunge l'età assicurativa di 85 anni.

Esempio:

Data di conclusione del contratto: **1° luglio 2021**

Data di nascita dell'assicurato: **03 febbraio 1993**

Scadenza automatica del contratto: 30 giugno 2078

Nel caso di Invalidità Totale e Permanente, l'Assicurato deve avere una età compresa tra i 18 e i 64 anni. Non possono pertanto rientrare in copertura soggetti con età anagrafica inferiore a 18 anni ed una Età assicurativa superiore a 64.

La copertura Invalidità Totale e Permanente cessa in ogni caso il giorno precedente all'anniversario di polizza dell'anno in cui l'Assicurato raggiunge l'età assicurativa di 65 anni.

Nel caso di cessazione delle Coperture Facoltative, il contratto di Assicurazione rimarrà valido ed efficace fino a quando sarà attiva la copertura caso morte.

1.1. Coperture facoltative

Il Contratto prevede le seguenti Coperture facoltative:

- Diagnosi di Cancro:** in caso di diagnosi di Cancro (-> DEFINIZIONE DI CANCRO), la polizza prevede il pagamento all'Assicurato
 - di una prestazione assicurativa pari al 10% della Somma Assicurata prevista per tale copertura, in caso di forme lievi (-> DEFINIZIONE DI CANCRO – FORME LIEVI). In questo caso, la copertura rimarrà attiva fino a scadenza per la parte residua della Somma Assicurata;
 - di una prestazione assicurativa pari alla Somma Assicurata prevista per tale copertura, in caso di forme gravi.

La presente copertura è soggetta a un periodo di Carenza di 6 mesi, a partire dalla data di decorrenza della copertura assicurativa.

La Somma Assicurata per la Copertura assicurativa in caso di diagnosi di Cancro:

- è indicata dal Contraente al momento della sottoscrizione del Contratto o al momento dell'attivazione della copertura in corso di contratto;
- è di minimo € 20.000,00;
- è di massimo € 200.000,00;
- non può mai essere superiore alla Somma Assicurata Caso Morte.

DEFINIZIONE DI CANCRO

Il cancro è un tumore maligno diagnosticato come tale dall'esame istopatologico.

Il cancro comprende linfomi maligni e malattie maligne del midollo osseo inclusa la leucemia.

FORME LIEVI

In caso di diagnosi delle seguenti forme di Cancro, la Compagnia corrisponde una prestazione pari al 10% della Somma Assicurata:

- carcinoma in situ, cancro in situ, cancro non invasivo, displasia e condizioni pre-maligne;
- carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno allo stadio II, secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC;
- tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC;
- carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibrosarcoma protuberante.
- Qualora si verifici questa situazione, si può richiedere più di un indennizzo a condizione che la diagnosi, compresa nei casi sopra elencati, sia relativa ad un organo diverso rispetto a quello precedente.

Nota bene!

perché possa rientrare in copertura, il Cancro deve essere diagnosticato tramite esame istopatologico. La Compagnia non riconosce alcuna prestazione assicurativa se il Cancro è diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (sangue, saliva, feci, urina, etc.) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili.

In caso di pagamento della prestazione assicurativa in caso di forme lievi di Cancro (10% della Somma Assicurata), la copertura rimarrà attiva fino a scadenza (o alla disdetta) in relazione alla parte residua della Somma Assicurata.

- Perdita Totale di Autosufficienza:** In caso di Perdita Totale di Autosufficienza (-> DEFINIZIONE DI PERDITA TOTALE DI AUTOSUFFICIENZA), la polizza prevede il pagamento all'Assicurato della Somma Assicurata per il caso Perdita Totale di Autosufficienza. La prestazione assicurativa viene versata all'Assicurato con periodicità mensile, per un periodo di 24 mesi.

Come si calcola l'importo mensile della prestazione per la Perdita Totale di Autosufficienza?

Somma Assicurata scelta dal Contraente / 24 mesi

Quindi...

Se la Somma Assicurata è di € 20.000,00



Prestazione mensile Perdita Totale di Autosufficienza = 20.000,00/ 24 = **833,33**

La presente copertura è soggetta a un periodo di Carenza di:

- 1 anno, nel caso di malattia;
 - 3 anni, nel caso di malattia nervosa o mentale;
- a partire dalla data di decorrenza della copertura assicurativa.

Nessun periodo di Carenza sarà applicato se la Perdita Totale di Autosufficienza sia conseguenza diretta di infortunio.

La Somma Assicurata per la Copertura assicurativa Perdita Totale di Autosufficienza:

- è indicata dal Contraente al momento della sottoscrizione del Contratto o al momento dell'attivazione della copertura in corso di contratto;
- è di minimo € 20.000,00;
- è di massimo € 48.000,00;
- non può mai essere superiore alla Somma Assicurata Caso Morte.

DEFINIZIONE DI PERDITA TOTALE DI AUTOSUFFICIENZA

Per **Perdita Totale di Autosufficienza** si intende:

- un'invalidità fisica totale e presumibilmente permanente che non permetta all'assicurato di svolgere almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana necessitando pertanto dell'assistenza di una terza persona, oppure
- un deficit cognitivo, ovvero un deterioramento o una perdita delle facoltà mentali dovuti a causa organica identificabile e dimostrata dal peggioramento della capacità dell'assicurato di pensare, percepire, ragionare e ricordare, comprovate da una diagnosi di un neurologo e/o gerontologo (determinato in base alla documentazione clinica e ai test neuropsicologici standard, tipo MMSE), che comportino l'impossibilità totale di compiere almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana anche con l'impiego di ausili specifici e che determinino la necessità di assistenza e supervisione costanti di un'altra persona.

Le 4 attività elementari della vita quotidiana, ADL (*Activity of Daily Living*), sono definite come segue:

- 1. LAVARSI O MANTENERE UNA CORRETTA IGIENE PERSONALE:** L'assicurato non è in grado di lavarsi né la parte superiore del corpo né la parte inferiore del corpo così da mantenere, in maniera del tutto spontanea, anche in caso di incontinenza, un livello soddisfacente di igiene personale, senza l'assistenza di una terza persona, neppure con l'impiego di ausili alla non autosufficienza e/o di impianti specifici per disabilità motorie e funzionali.
- 2. VESTIRSI:** L'assicurato non è in grado di vestirsi e/o svestirsi né la parte superiore del corpo né la

parte inferiore del corpo senza l'assistenza di una terza persona, neppure con il supporto di ausili alla non autosufficienza e/o di impianti specifici per disabilità motorie e funzionali. La capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe e/o di indossare/togliere calze o calzini e/o di allacciarsi/slacciarsi i bottoni non è considerato determinante.

- 3. NUTRIRSI:** L'assicurato non è in grado in alcun modo di consumare bevande e/o cibi preparati, tagliati e serviti senza l'assistenza di una terza persona neppure con il supporto di ausili alla non autosufficienza e/o impianti specifici per disabilità motorie e funzionali.
- 4. SPOSTARSI:** L'assicurato non è in grado di sedersi e/o di alzarsi da una sedia, di coricarsi e/o di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e/o viceversa senza l'assistenza di una terza persona, neppure con il supporto di ausili alla non autosufficienza e/o impianti specifici per disabilità motorie e funzionali.

(iii) Invalidità Totale e Permanente:

In caso di Invalidità Totale e Permanente (-> DEFINIZIONE DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE), la polizza prevede il pagamento all'Assicurato della Somma Assicurata prevista per la Copertura assicurativa Invalidità Totale e Permanente.

La presente Copertura è soggetta ad un periodo di Carenza di 6 mesi a partire dalla data di decorrenza della copertura assicurativa.

Per la sola copertura Invalidità Totale e Permanente, il periodo di Carenza non trova applicazione se l'Assicurato effettua una visita medica da un medico specialista, fornendo alla Compagnia il relativo referto.

Nessun periodo di Carenza troverà applicazione se l'Invalidità Totale e Permanente sia conseguenza diretta di infortunio.

La Somma Assicurata per la Copertura assicurativa Invalidità Totale e Permanente:

- è indicata dal Contraente al momento della sottoscrizione del Contratto o al momento dell'attivazione della copertura in corso di contratto;
- è di minimo € 20.000,00;
- è di massimo € 200.000,00;
- non può mai essere superiore alla Somma Assicurata Caso Morte.

DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente

accertabile, abbia perduto in modo presumibilmente totale e permanente la capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione o mestiere svolti, e purché il grado di invalidità sia pari o superiore al 66%.

L'Invalidità Totale e Permanente di grado pari o superiore al 66% deve essere riconosciuta ai sensi delle Tabelle INPS (D.M. 05/02/1992).

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio o della Malattia che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti al perfezionamento del Contratto. Pertanto, se al momento dell'Infortunio o della diagnosi della Malattia, l'Assicurato fosse affetto da menomazioni preesistenti, saranno indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio o la Malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti.

Nota bene!

Le Coperture facoltative:

- possono essere attivate al momento della sottoscrizione e disattivate in qualunque momento in corso di contratto con comunicazione **in forma scritta rivolta:**
 - > alla Compagnia (scrivendo all'indirizzo servizioclienti@novis.eu);
 - > al proprio intermediario di fiducia.
- **se selezionate e fino a quando rimangono attive, prevedono il pagamento di un premio specifico a copertura del rischio assunto dalla Compagnia. Il Premio relativo alle Coperture facoltative aumenta di anno in anno in relazione all'incremento del rischio assunto dalla Compagnia, in funzione dell'età dell'Assicurato.** L'importo dei premi relativo all'intera durata del contratto viene comunicato al Contraente al momento della sottoscrizione. In caso di disattivazione delle Coperture facoltative, il Contraente riceve una nuova comunicazione in relazione al piano di versamenti.
- hanno durata annuale e si rinnovano automaticamente di anno in anno;
- prevedono che il Beneficiario coincida con l'Assicurato;

Caratteristiche del contratto:

Età assicurativa per concludere il contratto	tra 18 e 75 anni
Somma assicurata minima	€ 20.000,00
Coperture offerte	Caso morte
Coperture facoltative	Diagnosi di Cancro, Perdita Totale di Autosufficienza, Invalidità Totale e Permanente

1.2. dichiarazioni dell'assicurato in fase di sottoscrizione del contratto assicurativo

Per una esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia, le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere **esatte, complete e veritiere**.

In caso di dichiarazioni inesatte, reticenti o incomplete, tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del Contratto o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni:

Se le dichiarazioni sono rilasciate con dolo o colpa grave:

- il Contratto è **annullabile** e la Compagnia ha diritto di domandare l'annullamento entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto la reticenza o l'inesattezza della dichiarazione;
- la Compagnia **non è tenuta a pagare** il Capitale caso morte se l'evento si verifica prima che sia decorso il termine di tre mesi sopra indicato;
- la Compagnia ha diritto a trattenere i premi eventualmente pagati fino al giorno della domanda di annullamento del Contratto e, in ogni caso, i premi dovuti per il primo anno di polizza.

Se le dichiarazioni sono rilasciate **SENZA DOLO O COLPA GRAVE**, la Compagnia può:

- **recedere dal Contratto** entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- **ridurre la prestazione assicurativa** in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, se l'evento si verifica prima che l'inesattezza o la reticenza siano conosciute dalla Compagnia o prima che la Compagnia abbia dichiarato di recedere dal Contratto.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato o dello stato di salute può comportare la rettifica/integrazione dei premi o la risoluzione del Contratto.

2. ESCLUSIONI: QUALI SONO I LIMITI DI COPERTURA?

2.1. ESCLUSIONI PER IL CASO MORTE

È escluso dalla garanzia il decesso causato direttamente o indirettamente da:

- 1) **attività dolosa del Contraente, Beneficiari, Assicurato;**
- 2) **partecipazione dell'Assicurato e/o Contraente a delitti dolosi;**
- 3) **partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile e l'evento**

assicurato avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;

- 4) **soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet "www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.**
- 5) **eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;**
- 6) **guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;**
- 7) **incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
- 8) **malattie, malformazioni, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione, noti all'assicurato e non dichiarati;**
- 9) **danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;**
- 10) **abuso di alcool e/o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e allucinogeni;**
- 11) **suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla data di decorrenza del Contratto; trascorso questo periodo, se avviene entro i primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto;**
- 12) **infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dall'emissione della polizza. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato dispon-**

ga di test HIV con esito negativo effettuata nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della proposta di assicurazione;

- 13) **attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente, che comporti una maggiorazione di rischio. Per gli sport sono esclusi, ad esempio, pugilato, speleologia, arrampicata, ippica, sci d'acqua, le arti marziali, alpinismo, sci fuori pista, gare di motonautica, immersioni subacquee, vela agonistica o sport automobilistico in qualsiasi gara o prova temporizzata;**
- 14) **attività professionale, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente, che comporti una maggiorazione di rischio. Per le professioni sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni ed i lavori sotterranei, subacquee o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive, ecc..**
- 15) **La Compagnia può riservarsi di non procedere al pagamento del capitale assicurato nel caso in cui la documentazione a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta in un Paese non compresi tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.**

Nota bene!

Che diritti avranno i beneficiari se il decesso avviene per una delle circostanze indicate nell'art. 2.1.?

- Se il decesso avviene per una delle cause previste ai punti 1); 2); 3); 8); 9); 10); 11); 12); **NON** verrà corrisposta alcuna prestazione assicurativa;
- Se il decesso avviene per una delle altre cause, la Compagnia corrisponderà una prestazione pari alla somma dei premi versati al momento del decesso, al netto dei costi amministrativi applicati al contratto.

2.2. ESCLUSIONI COPERTURA DIAGNOSI DI CANCRO

È esclusa dalla garanzia l'insorgenza di un cancro causata direttamente o indirettamente da:

- 1) **Attività dolosa del Contraente e/o Assicurato;**

- 2) Partecipazione dell'Assicurato e/o Contraente a delitti dolosi;
- 3) Eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazioni di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 4) Malattie, malformazioni, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione, noti all'assicurato e non dichiarati;
- 5) Danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontario al pericolo;
- 6) Abuso di alcool e/o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- 7) Infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dall'emissione della polizza. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuato nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della proposta di assicurazione
- 8) Attività professionale, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente, che comporti una maggiorazione di rischio. Per le professioni sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportano esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive, ecc.
- 9) La Compagnia può riservarsi di non procedere al pagamento del capitale assicurato nel caso in cui la documentazione a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

2.3. ESCLUSIONI PERDITA TOTALE DI AUTOSUFFICIENZA

Non sono assicurabili coloro che risultassero

già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo alla data di decorrenza della presente copertura.

Sono esclusi dalla garanzia i casi di perdita permanente dell'autosufficienza derivanti direttamente o indirettamente da:

- 1) attività dolosa del Contraente e/o Assicurato;
- 2) partecipazione dell'Assicurato e/o Contraente a delitti dolosi;
- 3) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile e l'evento assicurato avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- 4) soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.
- 5) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 6) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- 7) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- 8) malattie, malformazioni, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione, noti all'assicurato e non dichiarati;
- 9) danni alla propria persona procurati

dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;

- 10) abuso di alcool e/o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- 11) infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dall'emissione della polizza. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuato nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della proposta di assicurazione;
- 12) attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente, che comporti una maggiorazione di rischio. Per gli sport sono esclusi, ad esempio, pugilato, speleologia, arrampicata, ippica, sci d'acqua, le arti marziali, alpinismo, sci fuori pista, gare di motonautica, immersioni subacquee, vela agonistica o sport automobilistico in qualsiasi gara o prova temporizzata;
- 13) attività professionale, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente, che comporti una maggiorazione di rischio. Per le professioni sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive, ecc.;
- 14) La Compagnia può riservarsi di non procedere al pagamento del capitale assicurato nel caso in cui la documentazione a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

2.4. ESCLUSIONI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

Sono esclusi dalla garanzia i casi di Invalidità Totale e Permanente causati direttamente o indirettamente da:

- 1) Attività dolosa del Contraente, Beneficiari, Assicurato;

- 2) partecipazione dell'Assicurato e/o Contraente a delitti dolosi;
- 3) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile l'evento assicurato avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- 4) soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiare sicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.
- 5) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 6) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- 7) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- 8) malattie, malformazioni, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione, noti all'assicurato e non dichiarati;
- 9) danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
- 10) abuso di alcool e/o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- 11) suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla data di decorrenza del Contratto; trascorso questo periodo, se avviene entro i primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto;

- 12) infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dall'emissione della polizza. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuato nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della proposta di assicurazione;
- 13) attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente, che comporti una maggiorazione di rischio. Per gli sport sono esclusi, ad esempio, pugilato, speleologia, arrampicata, ippica, sci d'acqua, le arti marziali, alpinismo, sci fuori pista, gare di motonautica, immersioni subacquee, vela agonistica o sport automobilistico in qualsiasi gara o prova temporizzata.;
- 14) attività professionale, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente, che comporti una maggiorazione di rischio. Per le professioni sono escluse, ad esempio, le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive, ecc.;
- 15) La Compagnia può riservarsi di non procedere al pagamento del capitale assicurato nel caso in cui la documentazione a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

3. ESTENSIONE TERRITORIALE DELLA COPERTURA: DOVE VALE LA COPERTURA?

La copertura opera in tutti i paesi del mondo.

La copertura caso morte e le altre coperture facoltative operano in tutti i paesi del mondo: ciò significa che le coperture operano indipendentemente dal luogo in cui avviene il sinistro.

4. BENEFICIARI

Il Contraente può designare uno o più Beneficiari. Il Contraente può in ogni momento revocare e modificare la designazione dei Beneficiari, anche tramite testamento.

La revoca e la modifica del Beneficiario devono essere comunicate alla Compagnia per iscritto.

In caso di mancata comunicazione alla Compagnia della modifica o della revoca del Beneficiario, la modifica o la revoca non avranno effetto.

Il Beneficiario **NON** può essere revocato o modificato:

- in caso di designazione irrevocabile per dichiarazione unilaterale scritta del Contraente;
- dopo il decesso del Contraente;
- quando il Beneficiario ha dichiarato di accettare il beneficio.

Qualora non risulti designato alcun Beneficiario o tutti i Beneficiari designati siano deceduti, il Capitale caso morte spetterà agli eredi testamentari o, in mancanza di testamento, agli eredi legittimi dell'Assicurato.

Nota bene!

Il Contraente può decidere di designare uno o più Beneficiari determinati, oppure di indicare Beneficiari individuati per classi o categorie (ad esempio, gli eredi testamentari o legittimi). Il Contraente può effettuare tali scelte sia al momento della stipula del Contratto, sia in corso di Contratto.

In ogni caso, se il Beneficiario non viene individuato in forma nominativa la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario e nel pagamento del Capitale caso morte.

Diritto proprio del beneficiario

Il beneficiario acquisisce, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione (art. 1920 del Codice civile).

Le somme pagate ai beneficiari non rientrano pertanto nell'asse ereditario.

Beneficiario delle prestazioni previste dalle Coperture facoltative è l'Assicurato.

5. OBBLIGHI DEI BENEFICIARI IN CASO DI EVENTO

COSA DEVO FARE PER DENUNCIARE IL SINISTRO?

Copertura caso decesso

In caso di decesso dell'Assicurato, i Beneficiari dovranno:

- comunicare l'evento alla Compagnia tempestivamente e in forma scritta (ponendo particolare attenzione al decorso dei **termini prescrizionali, art. 14**);
- trasmettere alla Compagnia la documentazione completa relativa al decesso, vale a dire:
 - certificato di decesso;

- documentazione medica integrale relativa al decesso;
- documentazione medica (certificati e cartelle cliniche) relativa ad eventuali precedenti patologie, ricoveri e interventi subiti dall'Assicurato.

Coperture facoltative

In caso di sinistro, l'Assicurato deve:

- comunicare l'evento alla Compagnia tempestivamente e in forma scritta;
- trasmettere alla Compagnia la documentazione completa relativa al sinistro vale a dire:
- documentazione medica integrale relativa al sinistro, incluse:
- la documentazione INPS di dichiarazione di invalidità per la copertura Invalidità Totale e Permanente (verbale di invalidità);
- la documentazione relativa alla diagnosi per la copertura Diagnosi di Cancro (esito dell'esame istologico);
- documentazione medica (certificati e cartelle cliniche) relativa ad eventuali precedenti patologie, ricoveri e interventi subiti dall'Assicurato;

In caso di sinistro, il Beneficiario si impegna a trasmettere alla Compagnia la documentazione medica integrale relativa all'evento assicurato, al fine di consentire all'Impresa le relative e opportune valutazioni.

Qualora NOVIS non dovesse ricevere la documentazione completa richiesta, tale circostanza impedisce alla Compagnia di valutare compiutamente il sinistro e potrebbe compromettere il diritto del Beneficiario a ricevere la prestazione.

La Compagnia procederà al pagamento del Capitale caso morte ai Beneficiari entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della documentazione completa.

6. PAGAMENTO DEL PREMIO ASSICURATIVO: quando e come devono essere effettuati i pagamenti?

Per tutte le coperture il premio è **annuale** con possibilità di frazionamento mensile.

In particolare, il Contraente paga un premio annuo di importo crescente, che varia di anno in anno per l'intera durata contrattuale.

L'ammontare del premio è determinato con riferimento:

- all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto assicurativo,
- alla somma assicurata prescelta,
- alla durata del contratto assicurativo,
- allo stato di salute dell'Assicurato,
- alle abitudini di vita dell'Assicurato (sport praticati, attività lavorativa, soggetto fumatore o non fumatore).

Prima della sottoscrizione della proposta, il Contraente riceverà un prospetto personalizzato dello sviluppo dei premi in relazione alla durata contrattuale prescelta.

1. Esempio di sviluppo premi

Età assicurativa al momento della sottoscrizione	30 anni
Durata del contratto	30 anni
MORTE	euro 50.000
INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE	euro 50.000
PERDITA TOTALE DI AUTOSUFFICIENZA	euro 48.000
DIAGNOSI DI CANCRO	euro 50.000

Annualità di contratto	Premio annuale	Annualità di contratto	Premio annuale
1	€ 312,00	16	€ 524,00
2	€ 322,00	17	€ 570,00
3	€ 333,00	18	€ 619,00
4	€ 343,00	19	€ 672,00
5	€ 356,00	20	€ 726,00
6	€ 356,00	21	€ 781,00
7	€ 356,00	22	€ 841,00
8	€ 356,00	23	€ 915,00
9	€ 356,00	24	€ 1.001,00
10	€ 356,00	25	€ 1.100,00
11	€ 356,00	26	€ 1.214,00
12	€ 368,00	27	€ 1.343,00
13	€ 400,00	28	€ 1.474,00
14	€ 438,00	29	€ 1.604,00
15	€ 479,00	30	€ 1.735,00

2. Esempio di sviluppo premi

Età assicurativa al momento della sottoscrizione	40 anni
Durata del contratto	20 anni
MORTE	euro 100.000
INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE	euro 50.000
PERDITA TOTALE DI AUTOSUFFICIENZA	euro 48.000
DIAGNOSI DI CANCRO	euro 50.000

Annualità di contratto	Premio annuale	Annualità di contratto	Premio annuale
1	€ 312,00	11	€ 854,00
2	€ 347,00	12	€ 922,00
3	€ 388,00	13	€ 1.004,00
4	€ 435,00	14	€ 1.099,00
5	€ 487,00	15	€ 1.206,00
6	€ 564,00	16	€ 1.329,00
7	€ 617,00	17	€ 1.467,00
8	€ 672,00	18	€ 1.610,00
9	€ 731,00	19	€ 1.757,00
10	€ 791,00	20	€ 1.910,00

Il versamento del premio è effettuato tramite bonifico bancario indirizzato alla Compagnia presso la domiciliazione bancaria (IBAN/BIC) indicate nel modulo di proposta o, in caso di cambiamento in corso di contratto, in base a quanto comunicato dalla Compagnia.

In nessun caso verrà accettato il versamento del premio in denaro contante.

7. CONCLUSIONE DEL CONTRATTO ASSICURATIVO E DECORRENZA DELLA COPERTURA: quando inizia la copertura?

Il Contratto è concluso:

- nel momento in cui l'Assicurato riceve la **comunicazione scritta** della accettazione della proposta da parte della Compagnia;

Se è stato versato il premio la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella documentazione di polizza.

Se il premio è versato in una data successiva rispetto a quella indicata in polizza, la copertura assicurativa inizia a decorrere dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio. Se selezionate in corso di Contratto, le Coperture facoltative decorrono a partire dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio.

NOVIS può non accettare la proposta fatta dal Contraente, alla luce delle valutazioni che NOVIS è tenuta da effettuare sullo stato di salute e le altre circostanze che connotano il rischio che la Compagnia deve assumere. In questo caso, se è già stato versato il premio, la Compagnia procederà a restituirlo al Contraente nel termine di 30 giorni.

8. DURATA DEL CONTRATTO: quando finisce la copertura?

La durata del contratto è selezionata dal Contraente ed è indicata nel modulo di proposta.

Il Contratto ha una durata minima di 5 (cinque) anni e una durata massima che dipende dall'età assicura-

tiva del Contraente al momento della sottoscrizione del Contratto assicurativo. In ogni caso, il contratto non può avere una durata superiore a 65 anni.

In particolare, la durata massima del contratto è data dalla differenza tra 85 (età massima) e l'età assicurativa del Contraente al momento della sottoscrizione del Contratto assicurativo.

DURATA MASSIMA = 85 – età assicurativa del Contraente al momento della sottoscrizione.

Età assicurativa dell'Assicurato al momento della sottoscrizione	Durata contrattuale massima
55 anni	30 anni
33 anni	52 anni
25 anni	60 anni

Infatti...

Esempio

DURATA MASSIMA CONTRATTUALE = 85 - età assicurativa del Contraente al momento della sottoscrizione, fermo il limite massimo di durata di 65 anni.

Quindi... la durata massima contrattuale sarà:

(i) Per un contraente di 18 anni di età:
 $85 - 18 = 67 \rightarrow$ **65!!**

(ii) Per un contraente di 19 anni di età:
 $85 - 19 = 66 \rightarrow$ **65!!**

(iii) Per un contraente di 20 anni di età:
 $85 - 20 =$ **65**

Attenzione! Il Contratto può avere una durata massima di 65 anni!

Il Contratto si **estingue** nei seguenti casi:

- Recesso del Contraente esercitato nei successivi 30 giorni dalla conclusione del Contratto, nelle forme e nelle modalità indicate nell'art. 12 delle presenti Condizioni;
- Decesso dell'Assicurato;
- Mancato pagamento dei premi, salvo che il Contratto non venga riattivato nelle forme e nei modi di cui al successivo art. 9.1.;
- Scadenza del Contratto (il giorno precedente all'anniversario di polizza, indicato sul contratto);
- il giorno precedente all'anniversario di polizza dell'anno in cui l'Assicurato raggiunge l'età assicurativa di 85 anni (-> Box esempio età dell'assicurato, art. 1).

9. INTERRUZIONE DEL VERSAMENTO DEI PREMI

In caso di interruzione del versamento dei premi

nel primo anno di decorrenza della polizza, la Compagnia può agire per l'esecuzione del Contratto nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio è scaduto. In caso di pagamento del premio annuale tramite rate mensili, il termine di sei mesi decorre dalla scadenza delle singole rate di premio.

In caso di interruzione del versamento dei premi successivi al primo anno, l'Assicurato potrà, riattivare la polizza secondo le modalità indicate all'art. 9.1 che segue.

In caso di mancata riattivazione, il Contratto si risolve di diritto nel termine di 6 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non corrisposta. La risoluzione comporta la cessazione della copertura prevista dal Contratto e i Premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia a fronte della copertura prestata.

Risoluzione del Contratto

Per risoluzione si intende lo scioglimento del Contratto con cessazione dei suoi effetti. In questo caso vengono meno tutti i diritti e gli obblighi in capo alle parti, quindi:

- Il Contraente non dovrà più pagare i Premi;
- La Compagnia non presta più la copertura;
- In caso di decesso dell'Assicurato, la Compagnia non dovrà più pagare il Capitale caso morte ai Beneficiari.

9.1 RIATTIVAZIONE DEL CONTRATTO

Il Contratto potrà essere riattivato solo con il pagamento di tutte le rate di premio arretrate.

In tutti i casi di interruzione del versamento dei premi, entro 6 (sei) mesi dalla data di scadenza del versamento della prima rata di premio non corrisposta, il Contraente può richiedere alla Compagnia di riattivare il contratto tramite richiesta in forma scritta.

In caso di riattivazione, la Compagnia si riserva di verificare nuovamente lo stato di salute dell'Assicurato e di richiedere nuovi accertamenti sanitari e documentazione medica a supporto.

Con il pagamento di tutti i premi dovuti, il Contratto viene riattivato con effetto dalle ore 24.00 del giorno di versamento dei premi arretrati, come se non si fosse verificata l'interruzione del piano di versamento dei premi.

Prima di consentire la riattivazione del Contratto, la Compagnia richiederà al Contraente la compilazione di un nuovo questionario sanitario e potrà richiedere ulteriori accertamenti medici.

COSA DEVO FARE PER RIATTIVARE IL CONTRATTO?

Per ottenere la **riattivazione** del Contratto, l'Assicurato dovrà:

- farne richiesta **scritta** alla Compagnia;
- compilare un **nuovo** questionario sanitario e sottoporsi, se la Compagnia gliene farà richie-

sta, a visita medica per accertare il proprio stato di salute, con costo a suo carico;

- **pagare** tutti i premi dovuti **non** versati durante il periodo di interruzione.

Nota bene!

Se il Sinistro interviene nel periodo di interruzione/sospensione del pagamento dei premi la Compagnia NON è tenuta a corrispondere la prestazione assicurativa.

10. COSTI: QUALI SONO I COSTI APPLICATI AL PRODOTTO?

Su ogni Premio annuo versato sono applicati i seguenti costi:

Costi amministrativi	€ 7,5/mese per ogni mese di durata del contratto
Costi di caricamento	9,80% su ogni premio versato

I costi di caricamento sono in percentuale fissa, indipendentemente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, dalla durata contrattuale, dall'importo del Premio e relativo frazionamento.

11. REVOCA DELLA PROPOSTA

COSA DEVO FARE PER REVOCARE LA PROPOSTA?

Il Contraente può revocare la Proposta finché il Contratto non è concluso.

La revoca può essere esercitata mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo **lettera raccomandata con ricevuta di ritorno**, a:

**NOVIS Insurance Company,
NOVIS Versicherungsgesellschaft,
NOVIS Compagnia di Assicurazioni,
NOVIS Poistovňa a.s.
Námestie Ludovíta Štúra 2,
811 02 Bratislava, Slovacchia**

Le somme eventualmente pagate dal Contraente a titolo di premio sono restituite dalla Compagnia entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione della revoca.

12. RECESSO DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

COSA DEVO FARE PER RECEDERE DAL CONTRATTO?

Il Contraente può recedere dal Contratto entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui ha ricevuto la comunicazione che il Contratto è concluso.

Il recesso può essere esercitato mediante comunicazione da inviarsi, a mezzo lettera **raccomandata con ricevuta di ritorno**, a:

**NOVIS Insurance Company,
NOVIS Versicherungsgesellschaft,
NOVIS Compagnia di Assicurazioni,
NOVIS Poistovňa a.s.**

**Námestie Ludovíta Štúra 2,
811 02 Bratislava, Slovacchia**

La Compagnia, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente il Premio eventualmente corrisposto, al netto della parte relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

La Compagnia ha diritto al rimborso delle spese effettivamente sostenute per l'emissione del Contratto, come individuate e quantificate nella Proposta e all'art. 10 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

13. CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

Il Contratto può essere ceduto a terzi. La cessione ha effetto una volta che la Compagnia, informata dell'avvenuta cessione, abbia notificato al cedente e al cessionario il proprio consenso.

Il Contraente può costituire in pegno la Polizza e vincolare le prestazioni assicurative del Contratto in favore di terzi.

La cessione del Contratto, la costituzione in pegno o il vincolo in favore di terzi saranno efficaci solo se annotati sull'originale del Contratto e muniti di data certa. In caso di pegno o vincolo, l'eventuale richiesta di riscatto dovrà essere corredata del consenso scritto del creditore pignoratizio.

Si evidenzia, inoltre, che la cessione del Contratto e la sua costituzione in pegno possono comportare conseguenze fiscali. NOVIS raccomanda, in tal caso, di rivolgersi ad un consulente fiscale di fiducia.

14. PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono:

- in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il sinistro, per le coperture diverse dal caso decesso;
- in 10 (dieci) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda, per la copertura decesso.

Nota bene!

Qualora i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti entro il termine di prescrizione decennale, la Compagnia dovrà obbligatoriamente versare le relative somme al Fondo per le vittime delle frodi finanziarie istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, come previsto in materia di rapporti dormienti dalla

legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

15. COMUNICAZIONI

COSA DEVO FARE PER COMUNICARE CON LA COMPAGNIA?

Le comunicazioni nei confronti della Compagnia devono essere indirizzate a:

**NOVIS Insurance Company,
NOVIS Versicherungsgesellschaft,
NOVIS Compagnia di Assicurazioni,
NOVIS Poistovňa a.s.
Námestie Ludovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava,
Slovacchia**

Tel: +421901911410

Fax: +421 2 5787 1100

oppure all' indirizzo di posta elettronica: servizioclienti@novis.eu

Le comunicazioni cartacee devono essere trasmesse alla Compagnia tramite raccomandata a/r.

Le comunicazioni sono considerate notificate a NOVIS alla data di ricezione delle stesse, risultante dalla data indicata sulla ricevuta di ritorno.

16. RECLAMI, NEGOZIAZIONE ASSISTITA E MEDIAZIONE

Eventuali reclami inerenti al rapporto contrattuale, devono essere inoltrati per iscritto a:

NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., Servizio Reclami, Námestie Ludovíta Štúra, 2, 811 02 Bratislava, Slovacchia

oppure tramite e-mail all'indirizzo reclami@novis.eu. La Compagnia invierà la relativa risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora non abbia ricevuto riscontro dalla Compagnia nel termine di 45 giorni o non ritenga soddisfacente l'esito del reclamo, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) inoltrando reclamo in forma scritta al seguente indirizzo:

Ivass, Via del Quirinale 21, 00187 Roma,

I reclami indirizzati all'IVASS devono specificare:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del reclamo eventualmente presentato alla Compagnia e del suo eventuale riscontro;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per reperire il modello da utilizzare per la presentazione

dei reclami all'IVASS, si rimanda al sito dell'Autorità, www.ivass.it.

Si precisa che, in caso di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o anche all'Autorità di Vigilanza della Repubblica Slovacca, Banca Nazionale Slovacca, al seguente indirizzo:

**Národná Banka Slovenska, Imricha Karvaša 1,
813 05 Bratislava-Staré Mesto, Slovacchia.**

L'Autorità preposta alla Vigilanza sulla Compagnia è Banca Nazionale Slovacca.

In caso di liti transfrontaliere è inoltre possibile chiedere l'attivazione del Sistema FIN-NET.

Per ogni controversia che dovesse insorgere nei confronti della Compagnia, il Contraente può sempre adire l'Autorità Giudiziaria competente.

In ogni caso, prima di adire l'Autorità Giudiziaria, il Contraente **DOVRÀ** far ricorso al procedimento di Mediazione e **POTRÀ** ricorrere alla Negoziazione assistita. In particolare,

- la **Negoziazione assistita** (L. 162/2014) è volta al raggiungimento di un accordo tra le parti dirette alla risoluzione transattiva della controversia con l'assistenza prestata da avvocati;
- la **Mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali** di cui al Decreto Legislativo 4 marzo 2010, n. 28 e successive modifiche e integrazioni, consiste in un procedimento conciliativo caratterizzato dall'assistenza di un soggetto terzo ed imparziale ("mediatore").

Si precisa che **l'esperimento della procedura di mediazione è condizione di procedibilità per i contenziosi in materia assicurativa**, motivo per cui prima di esercitare l'azione giudiziale è **OBBLIGATORIO** esperire tale procedura.

La domanda di mediazione è presentata, con l'assistenza di un avvocato, mediante deposito di un'istanza innanzi ad un Organismo di mediazione, iscritto in apposito Registro, istituito presso il Ministero della Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente.

17. LEGGE APPLICABILE E FORO COMPETENTE

Il Contratto è regolato dalla legge italiana.

Per le eventuali controversie relative al presente contratto è competente il Foro in cui il Contraente, l'Assicurato o il Beneficiario hanno la propria residenza o domicilio.

18. REGIME FISCALE

Al Contratto si applicano le imposte sulle assicurazioni vigenti in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza o domicilio del Contraente.

Il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia qualsiasi cambiamento di residenza o domicilio precedentemente dichiarati.

Trattamento fiscale applicato al contratto:

- *Detrazione fiscale dei premi*

Gli importi versati a titolo di premio sono oggetto di detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente.

- *Tassazione della prestazione assicurativa*

Le somme corrisposte ai Beneficiari a titolo di capitale caso morte sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

19. CONFLITTI DI INTERESSE

La Compagnia elabora, attua e mantiene efficaci misure e presidi organizzativi e amministrativi al fine di evitare conflitti di interesse che possano avere effetti negativi sulla clientela.

In particolare, nella redazione e produzione dei Contratti, l'Impresa evita di effettuare operazioni in cui ha direttamente o indirettamente interessi in conflitto e opera al fine di contenere i costi, anche con riferimento ai compensi della rete di cui si avvale, perseguendo il miglior risultato possibile per il Contraente.

Qualora le misure e i presidi adottati non siano sufficienti ad evitare, con ragionevole certezza, il rischio di nuocere agli interessi del Contraente, l'Impresa informa il Contraente del conflitto di interesse mediante informativa pubblicata sul proprio sito internet e, in ogni caso, opera in modo da evitare qualsiasi pregiudizio per il Contraente.

