



C.B.A.VITA S.p.A. COMPAGNIA DI BANCHE E ASSICURAZIONI PER LE ASSICURAZIONI SULLA VITA
Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese n. 1.00106 e capogruppo del Gruppo assicurativo "Gruppo CBA" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al nr. 32. Capitale Sociale Euro 38.537.146,00 i.v. - Sede e Direzione: 20124 Milano - Via Vittor Pisani n. 13 - Tel.: 02/676120 - Fax: 02/676120598 - www.cbavita.com - C.F./P. IVA n. 10288130155 - Reg. Imprese di Milano n. 315047 - R.E.A. n. 1363580 - Autorizzata con D.M. n. 19336 del 22.5.1992 (G.U. 127 del 1.6.1992) e con Provvedimento ISVAP n. 633 del 28.7.1997 (G.U.181 del 5.8.1997) per Infortuni e malattie. Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Banca Sella Holding S.p.A..

CBA Long Term Care

Contratto di assicurazione malattie per stati di non Autosufficienza

Il presente Fascicolo Informativo, contenente

- **Nota informativa, comprensiva del Glossario**
- **Condizioni di Assicurazione**
- **Modulo di proposta**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di Assicurazione

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa



Nota Informativa

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP ora IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Compagnia di Banche e Assicurazioni per le assicurazioni sulla vita S.p.A. – in breve CBA Vita S.p.A. o anche Società – è una società, appartenente al Gruppo Banca Sella, iscritta al n. 1.00106 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione e riassicurazione e capogruppo del Gruppo Assicurativo “Gruppo CBA” (iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 32).

Sede legale: Milano – Italia – Via Vittor Pisani, 13 - CAP 20124

Recapito telefonico: 02.67612.0 – fax 02. 676120.598

Sito internet: www.cbavita.com

Indirizzo di posta elettronica: cbadirezione@cbavita.com

CBA Vita S.p.A. è una Società di diritto italiano, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale n. 19336 del 22.05.1992 (G.U. n. 127 del 01.06.1992) e con Provvedimento ISVAP ora IVASS n. 633 del 28.7.1997 (G.U. 181 del 5.8.1997) per Infortuni e Malattie.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Il patrimonio netto della Società al 31.12.2012 ammonta a 50,44 milioni di euro, di cui 38,54 milioni di euro di capitale sociale, 1,24 milioni di euro di riserve patrimoniali e utili portati a nuovo e 10,66 milioni di euro di utile dell'esercizio.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni alla stessa data è pari a 1,588. Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile, al netto dei dividendi di cui è stata deliberata la distribuzione, e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto ha una durata decennale.

Avvertenza: In mancanza di disdetta da parte del Contraente, l'assicurazione si rinnova automaticamente per un ulteriore periodo di 10 anni e così successivamente, per tutta la vita dell'Assicurato. L'eventuale disdetta da parte del Contraente deve essere comunicata alla Società a mezzo raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza originaria o rinnovata del contratto.

Si rinvia all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto garantisce, in caso di stato di dipendenza dell'Assicurato sopravvenuto nel corso della durata contrattuale, il rimborso, fino al suo decesso o all'eventuale recupero dell'autosufficienza, delle spese sanitarie dallo stesso sostenute.

In assenza di richiesta di rimborso spese, la Società provvederà alla corresponsione all'Assicurato di una indennità sostitutiva mensile, il cui importo è indicato in polizza.

Lo stato di dipendenza dell'assicurato viene misurato in base alla sua incapacità di compiere autonomamente e in via presumibilmente permanente almeno tre dei quattro atti ordinari della vita – lavarsi, nutrirsi, spostarsi, vestirsi.

L'incapacità a compiere gli atti della vita quotidiana deve essere permanente. Tuttavia, se l'Assicurato dovesse riacquistare l'autosufficienza, cessa l'erogazione della prestazione, pur rimanendo il contratto in vigore.



Avvertenza: il contratto prevede un massimale mensile applicabile alle coperture assicurative.

Si rinvia all'art. 1 e 7 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

Avvertenza: il contratto, in alcuni casi specifici, prevede limitazioni, esclusioni ovvero condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo a riduzioni o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Si rinvia agli artt. 9, 12, 15 e 16 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

Avvertenza: il limite massimo di età assicurabile alla stipula del contratto è fissato in 75 anni.

Si rinvia all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

4. Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: sono presenti nelle Condizioni di Assicurazione delle carenze, ovvero periodi di tempo che intercorrono tra la data di effetto dell'Assicurazione e l'effettiva decorrenza della garanzia.

Si rinvia all'art. 14 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario Sanitario – Nullità

La stipulazione dell'assicurazione richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica, che può essere effettuata dall'Assicurato, a proprie spese, presso un medico da Lui prescelto.

Tuttavia, è possibile, a determinate condizioni, la semplice sottoscrizione di un questionario sanitario da parte dell'Assicurato.

Avvertenza: È necessario che l'Assicurato risponda in maniera precisa e veritiera, senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute, alle domande previste dal questionario sanitario.

Avvertenza: le dichiarazioni non veritiere o inesatte o le reticenze del Contraente e/o Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Si rinvia all'art. 16 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

La garanzia è operante indipendentemente da ogni aggravamento del rischio e da cambiamenti di professione dell'Assicurato intervenuti in corso di contratto. Pertanto, non viene richiesta alcuna comunicazione da parte del Contraente al riguardo.

7. Premi

Il presente contratto prevede il pagamento di un premio annuo anticipato, il cui importo rimane invariato, salvo l'eventuale adeguamento descritto al successivo punto 8., per tutta la durata originaria o rinnovata del contratto.

Il premio può essere corrisposto anche ratealmente previa maggiorazione del suo importo annuo secondo le misure indicate nella seguente tabella

<i>Maggiorazione del premio per frazionamenti non annuali</i>	
<i>Frazionamento semestrale</i>	<i>1,00%</i>
<i>Frazionamento trimestrale</i>	<i>2,00%</i>
<i>Frazionamento mensile</i>	<i>3,00%</i>

Fermo restando che le parti possono stabilire modalità specifiche per il pagamento del premio, il Contraente dovrà versare il premio alla Società, tramite il competente soggetto abilitato al collocamento, scegliendo una delle seguenti modalità:

- bonifico bancario (anche mediante addebito automatico sul proprio conto corrente, se stabilito contrattualmente dalle parti) con accredito sull'apposito conto corrente intestato alla Società o al competente soggetto abilitato, purché in qualità di intermediario della stessa. In tal caso, la relativa scrittura di addebito ha valore di quietanza;



- assegno bancario o circolare munito di clausola di non trasferibilità emesso all'ordine del competente soggetto abilitato, purché in qualità di intermediario della Società, contro rilascio di apposita quietanza dallo stesso sottoscrittore.

Il Contraente che intenda successivamente estinguere il conto corrente utilizzato per l'addebito automatico potrà proseguire il pagamento dei premi mediante bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società che verrà comunicato a richiesta.

Avvertenza: non sono previsti sconti sul premio.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

La Società si riserva il diritto, in occasione di un anniversario della data di decorrenza del contratto e comunque ad intervalli non inferiori a cinque anni, di incrementare il premio dovuto per gli anni successivi, ferme restando le somme assicurate, al verificarsi di un aggravamento del rischio rispetto alle basi tecniche utilizzate per la determinazione del premio in corso.

Il Contraente, cui verrà comunicato l'importo del nuovo premio annuo con almeno 90 giorni di preavviso rispetto alla sua applicazione, potrà recedere dal contratto dandone comunicazione alla Società nei 30 giorni successivi.

Si rinvia all'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

9. Revoca della proposta - Diritto di recesso

Fino al momento in cui il contratto non è concluso, il Proponente ha facoltà di revocare la proposta di assicurazione, dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata indirizzata al seguente recapito: CBA VITA S.p.A. – Via Vittor Pisani, 13 – 20124 Milano.

Entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione, la Società rimborsa le somme eventualmente già pagate all'atto della sottoscrizione della proposta.

Il contratto non consente il recesso a seguito di sinistro da parte della Società.

Avvertenza: Il Contraente, sempre che sulla polizza non siano stati denunciati sinistri, ha facoltà di recedere dal contratto entro il termine di 30 giorni dalla data della sua sottoscrizione.

Il Contraente ha facoltà, in ogni momento, di recedere dal contratto senza oneri, semplicemente interrompendo il pagamento dei premi.

Si rinvia agli artt. 8 e 17 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell'art. 2952-2° comma del Codice Civile.

11. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Vengono di seguito riportati alcuni aspetti normativi di particolare rilievo.

Trattamento dei dati personali

I dati personali del Contraente e/o Assicurato sono trattati dalla Società in conformità a quanto previsto dalla normativa in materia di protezione dei dati personali.

12. Regime fiscale

Regime fiscale dei premi

I premi corrisposti in esecuzione del presente contratto, sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

Il premio corrisposto per un importo massimo di 1.291,14 euro, dà diritto ad una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente nella misura del 19%.

Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato, se diverso dal Contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.



Regime fiscale delle prestazioni assicurate

Le somme dovute dalla Società in dipendenza dell'assicurazione qui descritta, in quanto corrisposte in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato, sono esenti dall'IRPEF.

13. Informativa in corso di contratto

La Società si impegna a comunicare per iscritto al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella presente Nota informativa, intervenute per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto. Per la consultazione degli aggiornamenti dei dati patrimoniali dell'Impresa di cui al punto 2 della presente Nota Informativa nonché per tutti gli altri aggiornamenti non derivanti da innovazioni normative, si rinvia al sito internet della Società: www.cbavita.com.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: il momento di insorgenza del sinistro deve intendersi il sopravvenuto stato di dipendenza dell'Assicurato.

Si rinvia all'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli.

Avvertenza: l'Assicurato stesso o altra persona che lo rappresenti deve richiedere per iscritto il riconoscimento dello stato di dipendenza alla Società, inviando alla stessa, non appena possibile, mediante lettera raccomandata, la denuncia di sinistro ed un referto di sinistro, redatto dal medico curante dell'Assicurato.

L'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi, a sue spese, a tutti gli ulteriori accertamenti medici richiesti dalla Società e ritenuti necessari per la valutazione dello stato di dipendenza.

La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, provvede a formalizzare il riconoscimento o meno dello stato di dipendenza.

In caso di riconoscimento dello stato di dipendenza, la Società inizierà a rimborsare, con frequenza mensile, le spese sostenute dall'Assicurato – previa consegna alla Società medesima della documentazione di spesa (fatture e ricevute) in originale debitamente quietanzata - nei limiti del massimale mensile assicurato indicato in polizza, a partire dall'ultimo giorno del terzo mese immediatamente successivo.

In assenza di richiesta di rimborso spese, la Società provvederà alla corresponsione all'Assicurato della indennità sostitutiva mensile.

La Società si riserva il diritto di richiedere all'Assicurato riconosciuto in stato di dipendenza di sottoporsi, non più di una volta l'anno ed a spese della Società, alle visite ed agli esami necessari ad accertare il perdurare di tale stato.

Si rinvia agli artt. 10,11 e 12 delle Condizioni di Assicurazione per ulteriori dettagli

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, scrivendo a CBA Vita – Servizio Reclami – Via Vittor Pisani, 13 – 20124 Milano, fax 02 676120.598, e-mail: cbareclami@cbavita.com. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società (copia del reclamo presentato e dell'eventuale riscontro ricevuto) ed indicando: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile per descrivere più compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index.en.htm).



In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria.

16. Arbitrato

In caso di mancato riconoscimento dello stato di dipendenza dell'Assicurato o di accertamento del recupero della sua autosufficienza si potrà procedere, i per accordo tra le Parti, mediante arbitrato di un Collegio Medico. L'arbitrato si svolgerà nella città in cui ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Avvertenza: l'Assicurato ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, salvo diverse disposizioni di legge, anche nei casi in cui la gestione delle controversie sia demandata ad Arbitrati o organismi conciliativi, ove previsti.

Si rinvia all' art. 13 delle Condizioni Contrattuali per ulteriori dettagli.

CBA Vita è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il rappresentante legale

Biagio Massi



Glossario

Assicurato: la persona protetta dall'assicurazione.

Carenza: il periodo di tempo che intercorre tra la data di effetto dell'Assicurazione e l'inizio di operatività della garanzia.

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

Contraente: la persona che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

Esclusioni: Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Età Assicurativa: corrisponde all'età dell'Assicurato determinata in anni interi, cioè pari al numero di anni compiuti, maggiorato di uno qualora, a tale data, dall'ultimo compleanno siano trascorsi 6 mesi.

Indennità sostitutiva: importo mensile erogato dalla Società in caso di riconoscimento dello stato di dipendenza ed in assenza di richiesta documentata di rimborso spese.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili.

ISVAP-IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni già Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Margine di solvibilità disponibile: il patrimonio della Società, libero da qualsiasi impegno prevedibile ed al netto degli elementi immateriali.

Margine di solvibilità richiesto: l'ammontare minimo del patrimonio netto del quale la Società dispone costantemente, secondo quanto previsto nelle direttive comunitarie sull'assicurazione diretta.

Massimale mensile: l'importo massimo della prestazione dell'assicuratore in ciascun mese.

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio: l'importo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

Prescrizione dei diritti: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Sinistro: il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.



Condizioni di Assicurazione

Articolo 1. Oggetto del Contratto

CBA Long Term Care è un contratto di assicurazione malattie di durata predeterminata che, a fronte del versamento di un premio annuo costante, garantisce all'Assicurato, nel caso in cui si trovi in uno stato di dipendenza - come descritto nel successivo articolo 9 (Definizione dello stato di dipendenza) – il rimborso delle spese sanitarie sostenute, **nei limiti del massimale mensile assicurato indicato nel documento di polizza.**

In assenza di richiesta di rimborso spese la Società provvederà alla corresponsione all'Assicurato di una indennità sostitutiva mensile, il cui importo è indicato nel documento di polizza.

Nel caso in cui ricorra lo stato di dipendenza, la garanzia nelle modalità sopraindicate rimane operante sino alla cessazione dello stato di dipendenza.

Nel caso in cui non ricorra lo stato di dipendenza dell'Assicurato, **al suo decesso l'assicurazione si estingue ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società** quale corrispettivo del rischio corso.

Articolo 2. Persone assicurabili

Possono sottoscrivere il contratto CBA Long Term Care le persone fisiche di età compresa tra 20 e 75 anni, che rispondono ai criteri di accettazione medica esposti nel successivo articolo 3 (Condizioni di assicurabilità).

Articolo 3. Condizioni di assicurabilità

Fatta salva la facoltà della Società di richiedere l'ulteriore documentazione sanitaria che riterrà più opportuna, CBA Long Term Care può essere stipulata, senza visita medica, sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel questionario sanitario Mod. QSLTC-08, che forma parte integrante della polizza.

Articolo 4. Conclusione del contratto e entrata in vigore dell'assicurazione

Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha sottoscritto il documento di polizza.

L'assicurazione entra in vigore e produce i suoi effetti a partire dalle ore 24 della data di decorrenza indicata nel documento di polizza, **sempreché, a tale data, sia stata pagata la prima rata di premio convenuta. Nel caso in cui il versamento della prima rata di premio sia effettuato successivamente, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento.**

In ogni caso, sono fatti salvi i periodi di carenza delle garanzie esplicitamente previsti ed indicati nel successivo articolo 14 (Carenza).

Articolo 5. Durata dell'Assicurazione – Tacita proroga dell'assicurazione

CBA Long Term Care ha una durata decennale. In mancanza di disdetta da parte del Contraente, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per un periodo di 10 anni e così successivamente, per tutta la vita dell'Assicurato.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata alla Società **a mezzo raccomandata almeno 60 giorni prima** della scadenza del contratto.

Articolo 6. Adeguamento Tariffario

La Società si riserva il diritto, in occasione di un anniversario della data di decorrenza del contratto e comunque ad intervalli non inferiori a cinque anni, **di incrementare il premio dovuto per gli anni successivi**, al verificarsi di un aggravamento del rischio rispetto alle basi tecniche utilizzate per la determinazione del premio in corso, dimostrabile sulla base di dati oggettivamente verificabili, desunti da statistiche nazionali o internazionali o da rilevazioni condotte sui portafogli assicurativi.

Il premio annuale così aggiornato viene comunicato al Contraente almeno 90 giorni prima dell'anniversario considerato. In tal caso il Contraente potrà recedere dal contratto, entro 30 giorni dalla data di comunicazione del nuovo premio annuale, **con lettera raccomandata indirizzata alla Società.**



Articolo 7. Somma Assicurata

Il massimale mensile garantito nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di dipendenza, come descritto nel successivo articolo 9 (Definizione dello stato di dipendenza), nonché l'ammontare della indennità sostitutiva mensile sono riportati nel documento di polizza.

Il massimale mensile assicurabile non può risultare inferiore ad €250,00 o superiore € 3.000,00.

Articolo 8. Premio

Il premio annuo, indicato in polizza, è di ammontare costante, per tutta la durata originaria o rinnovata del contratto, **ad eccezione di quanto previsto al precedente articolo 6 (Adeguamento tariffario).**

Il premio annuo è dovuto dal Contraente alla data di decorrenza del contratto e ad ogni suo anniversario che precede la scadenza contrattuale e deve essere corrisposto in via anticipata, nella rateazione pattuita.

Nel caso in cui l'Assicurato sia riconosciuto in stato di dipendenza, secondo quanto previsto al successivo articolo 9 (Definizione dello stato di dipendenza), cessa, dalla successiva scadenza della rata di premio, il diritto della Società alla riscossione dei premi pattuiti, fermo restando quanto indicato nel successivo articolo 12 (Rivedibilità dello stato di dipendenza).

Il mancato pagamento anche di una sola delle rate di premio dovute, trascorsi 15 giorni dalla relativa data di scadenza, costituisce - a partire dalle ore 24 della suddetta data di scadenza - interruzione del pagamento dei premi.

In tal caso il contratto resta sospeso e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento di tutti i premi arretrati, sempreché lo stesso avvenga entro il termine di 90 giorni dalla scadenza della prima rata insoluta. Se il contratto sospeso non viene riattivato nei termini sopra descritti, si determina la risoluzione del contratto ed i premi già versati restano acquisiti dalla Società.

Il pagamento del premio avviene tramite addebito sul conto corrente bancario intestato al Contraente o tramite rimessa diretta a favore della Società.

Articolo 9. Definizione dello stato di Dipendenza

Viene riconosciuta in stato di dipendenza la persona il cui stato di salute viene giudicato "permanente e consolidato" e che:

1. si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente di potere effettuare da sola almeno tre dei quattro atti ordinari della vita – lavarsi, nutrirsi, spostarsi, vestirsi – come di seguito definiti e necessita in modo costante
 - o dell'assistenza di un terzo retribuito che compie i servizi di cura a domicilio,
 - o del ricovero in lunga degenza in un servizio adatto alle persone il cui stato necessita di sorveglianza medica costante e di trattamenti di mantenimento;

oppure

2. è affetta da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer – verificata da un referto medico e dopo esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein) – e necessita in modo costante:
 - o di un soggiorno in ospedale psichiatrico per causa di demenza senile invalidante, riconosciuta dal Servizio Sanitario,
 - o dell'assistenza di un terzo retribuito che provvede alle cure a domicilio.

Ai fini della definizione degli atti ordinari della vita sopra elencati, resta inteso quanto segue:

- lavarsi: la capacità di soddisfare, in modo spontaneo e senza incitamento, ad un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali;
- nutrirsi: la capacità di servirsi e di ingerire il cibo preparato e messo a disposizione;
- spostarsi: la capacità di spostarsi su una superficie piana con ricorso ad attrezzature adatte;
- vestirsi: la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente.

Articolo 10. Riconoscimento dello stato di dipendenza da parte della Società

Nel caso in cui si determini la presunzione delle condizioni di dipendenza dell'Assicurato ai sensi del precedente articolo 9 (Definizione dello stato di dipendenza), l'Assicurato stesso o altra persona che lo rappresenti deve richiederne per iscritto il riconoscimento alla Società, **inviando alla stessa, mediante lettera raccomandata**

- la **dichiarazione di sinistro** e
- il **referto medico di sinistro per la valutazione dello stato di dipendenza**

entrambi redatti sugli appositi modelli allegati.

La data di denuncia coincide con la data di ricezione, da parte della Società, della denuncia stessa.

Se per lo stesso rischio sono state stipulate altre assicurazioni, l'avviso di sinistro deve essere dato a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

L'Assicurato ha l'**obbligo di sottoporsi, a sue spese, a tutti gli accertamenti medici richiesti dalla Società** e ritenuti necessari per la valutazione dello stato di dipendenza ed è tenuto a fornire copia di tutta la documentazione sanitaria in suo possesso.

La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, provvede a formalizzare il riconoscimento o meno dello stato di dipendenza.

In caso di mancato riconoscimento dello stato di dipendenza da parte della Società, l'Assicurato o altra persona che lo rappresenti, potrà procedere ad inviare una successiva denuncia solo alle seguenti condizioni:

- è trascorso un periodo di tre mesi almeno dall'ultima denuncia,
- i documenti giustificativi aggiornati contengono elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta,
- il contratto risulti in vigore ed al corrente con il pagamento dei premi.

Articolo 11. Rimborso spese

In caso di riconoscimento dello stato di dipendenza la Società, a partire dall'ultimo giorno del terzo mese immediatamente successivo al riconoscimento, inizierà a rimborsare con frequenza mensile le spese sostenute nel mese dall'Assicurato - **previa consegna della documentazione di spesa (fatture e ricevute) in originale debitamente quietanzata - nei limiti del massimale mensile assicurato indicato in polizza.**

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

In assenza di richiesta di rimborso spese, la Società provvederà alla corresponsione all'Assicurato della **indennità sostitutiva mensile**, così come indicata nel documento di polizza.

Il rimborso delle spese o la corresponsione della indennità sostitutiva mensile verrà effettuato dalla Società non oltre il 10° giorno lavorativo del mese successivo a quello di competenza del rimborso. Decorso tale termine e a partire dal medesimo, saranno dovuti gli interessi moratori.

Tutti i pagamenti dovuti dalla Società in esecuzione del contratto vengono effettuati presso la sede della stessa o del competente intermediario incaricato o attraverso accredito della somma dovuta sul conto corrente indicato dall'avente diritto e a lui intestato, contro rilascio di regolare quietanza.

Il pagamento di quanto dovuto dalla Società mediante accredito sul conto corrente indicato dall'avente diritto, anche in assenza di apposita quietanza, libera la Società da qualsiasi obbligazione nei confronti dell'avente diritto.

Articolo 12. Rivedibilità dello stato di dipendenza

La Società si riserva il diritto di richiedere all'Assicurato riconosciuto in stato di dipendenza di sottoporsi, non più di una volta l'anno ed a spese della Società, **alle visite ed agli esami necessari ad accertare il perdurare di tale stato** e di **richiedere i documenti necessari ad accertare l'esistenza in vita dell'Assicurato stesso.**

Qualora l'accertamento evidenzi il recupero dell'autosufficienza, o comunque l'Assicurato si rifiuti di sottoporsi a tale accertamento, la Società comunica all'Assicurato ed al Contraente la sospensione del rimborso delle spese o della corresponsione dell'indennità mensile sostitutiva a decorrere dal mese della comunicazione stessa.

Ricorrendo tale situazione, il **Contraente è tenuto a riprendere il pagamento del premio**, a partire dalla scadenza di pagamento immediatamente successiva alla comunicazione della Società.

In caso di controversia sull'esito della verifica dello stato di dipendenza, il Contraente ha la facoltà di ricorrere al Collegio Arbitrale, così come indicato al successivo articolo 13 (Collegio Arbitrale).

Articolo 13. Collegio arbitrale

In caso di mancato riconoscimento dello stato di dipendenza dell'Assicurato o di accertamento del recupero della sua autosufficienza si potrà procedere per accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico.

Il Collegio Medico è composto da tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico.

L'arbitrato si svolgerà nella città in cui ha sede l'Istituto di medicina legale più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale. La facoltà di ricorrere al Collegio Arbitrale va esercitata **entro 30 giorni** dalla comunicazione di rifiuto del riconoscimento dello stato di dipendenza dell'Assicurato o dell'accertamento del recupero dell'autosufficienza, **mediante lettera raccomandata inviata alla Società.**

Articolo 14. Carenza

La garanzia decorre dalle ore 24:

1. del giorno di decorrenza dell'assicurazione per ogni stato di dipendenza conseguente a infortunio;
2. **del 365° giorno successivo a quello di decorrenza dell'assicurazione per uno stato di dipendenza conseguente a malattia ;**
3. **dell'ultimo giorno del terzo anno successivo a quello di decorrenza dell'assicurazione per ogni stato di dipendenza conseguente a demenza senile invalidante, alla malattia di Alzheimer, al morbo di Parkinson o alla sclerosi a placche.**

Nel caso in cui l'Assicurato **durante il periodo di carenza sia riconosciuto in stato di dipendenza**, secondo i dettami di cui al precedente articolo 9 (Definizione dello stato di dipendenza), **per una delle cause di cui ai precedenti punti 2. e 3., il contratto si risolve** e la Società corrisponde una somma pari all'ammontare dei premi netti versati, al netto delle imposte e delle spese di emissione, senza aggiunta di interessi.

Articolo 15. Rischi esclusi

Sono esclusi dalla garanzia gli stati di dipendenza dovuti alle seguenti cause:

- a) **dolo o colpa grave del Contraente;**
- b) **partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;**
- c) **tentativo di suicidio dell'Assicurato, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico, alcolismo acuto o cronico;**
- d) **contaminazione radioattiva;**
- e) **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, insurrezioni, tumulti, sommosse ed atti di terrorismo;**
- f) **disturbi mentali di origine non organica (es. psicosi, nevrosi, sindromi ansioso-depressive ecc.).**

In questi casi, **il contratto si risolve e, ad eccezione della fattispecie indicata alla lettera a) , la Società corrisponde una somma pari all'ammontare dei premi versati dal Contraente al netto della quota parte degli stessi corrispondente al periodo nel quale le garanzie sono state in vigore.**

Articolo 16. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, **la Società stessa si riserva:**

- **di impugnare il contratto e quindi, in caso di sinistro, di rifiutare il pagamento della prestazione**, ai sensi dell'art. 1892 c.c., **quando esiste malafede o colpa grave;**
- **di recedere dal contratto o, in caso di sinistro, di ridurre la somma da pagare**, ai sensi dell'art. 1893 c.c., **quando non esiste malafede o colpa grave.**



Trascorsi 180 giorni dall'entrata in vigore delle garanzie o dalla data dell'eventuale riattivazione del contratto accordata dalla Società, la stessa può agire, come previsto al precedente comma, esclusivamente quando esiste malafede o colpa grave.

L'inesatta o incompleta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.

Articolo 17. Recesso e revoca del Contraente

Il Contraente, sempreché sulla polizza non siano stati denunciati sinistri, ha la facoltà di recedere dal contratto **entro il termine di 30 giorni** dalla data della sua sottoscrizione, dandone comunicazione alla Società **con lettera raccomandata**, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: CBA VITA S.p.A. – Via Vittor Pisani,13, 20124 Milano, allegando l'originale di polizza e le eventuali appendici.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione quale risulta dal timbro postale di invio della relativa comunicazione.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, **dietro consegna dell'originale della polizza e delle eventuali appendici**, la Società rimborsa al Contraente il premio versato, **diminuito dell'imposta di assicurazione e dell'importo di Euro 25,00 per il rimborso delle spese di emissione del contratto.**

Articolo 18. Oneri Fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Articolo 19. Comunicazioni alla Società

Il Contraente e l'Assicurato, ad ogni effetto del presente contratto, devono comunicare per iscritto alla Società ogni cambiamento di residenza o domicilio, assumendosi, in difetto, tutte le conseguenze di legge o di contratto.

Articolo 20 - Obblighi della Società e del Contraente - Legge applicabile

Gli obblighi contrattuali della Società e del Contraente risultano dall'originale di polizza e dalle eventuali appendici firmate dalle parti. Per tutto quanto non disciplinato dal contratto, valgono le norme della legge italiana.

Articolo 21 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto la sede del Foro competente è quella di residenza o domicilio elettivo del Contraente.

DICHIARAZIONE DI SINISTRO CBA LONG TERM CARE

Importante: Questo documento deve essere compilato dal Medico curante o dal Capo Reparto dell'ospedale o della casa di cura. Delle risposte chiare, particolareggiate e leggibili consentiranno di accelerare lo studio della cartella clinica da parte del personale medico.

COGNOME e NOME:	_____
DATA E LUOGO DI NASCITA (Provincia, Città):	_____
INDIRIZZO:	_____

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'AFFEZIONE	
Diagnosi particolareggiata :	_____ _____ _____
L'assicurato è affetto da demenza invalidante (ad esempio, malattia di Alzheimer)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'invalidità è assoluta e definitiva?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Da quando?	<input type="text"/>
Data d'insorgenza della malattia:	<input type="text"/>

INFORMAZIONI SULLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL PAZIENTE			
Per quanto riguarda le seguenti azioni della vita quotidiana, quali sono le capacità del paziente ?	<input type="text" value="MANGIARE"/>	➤	Impossibile Aiutato Da solo
	<input type="text" value="MUOVERSI"/>	➤	Impossibile Aiutato Da solo
	<input type="text" value="VESTIRSI"/>	➤	Impossibile Aiutato Da solo
	<input type="text" value="LAVARSI"/>	➤	Impossibile Aiutato Da solo

Luogo, data/...../20. ..

Firma e timbro del Medico

REFERTO MEDICO DI SINISTRO
CBA LONG TERM CARE
VALUTAZIONE DELLA DIPENDENZA

Questo questionario deve essere compilato dal Medico curante. Rispondere ad ogni domanda con SI o NO ed aggiungere, eventualmente, i dettagli richiesti.

ASSICURATO				
NOME e COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile) : _____				
DATA DI NASCITA : □□ □□ □□□□		LUOGO DI NASCITA : _____		
INDIRIZZO : _____				
Professione (ultima professione svolta) : _____ (full time <input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/>)				
Professione precedente (eventuale) : _____				
		SI	NO	Precisioni :
1	L'assicurato vive da solo o in coppia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	L'assicurato vive presso il suo domicilio ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	L'assicurato abita presso parenti o amici ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	L'assicurato risiede in un istituto (casa di riposo, case di cura per lungodegenza, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AFFEZIONE INVALIDANTE	
2	Diagnosi esatta dell'affezione che ha provocato lo stato di invalidità : _____ _____ _____
3	Data di insorgenza dei primi sintomi : / /
4	L'invalidità è assoluta ed irreversibile ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se si, da quando : / / L'affezione è : stabilizzata <input type="checkbox"/> regressiva <input type="checkbox"/> impossibile stabilirne lo stato attuale <input type="checkbox"/> ?
5	Diagnosi associata all'affezione invalidante : _____ _____ _____ Data di cessazione dell'attività lavorativa (per gli assicurati che svolgevano una professione al momento della sottoscrizione) : / / Date e cause dei ricoveri in ospedale di durata superiore a 3 settimane negli ultimi 5 anni : _____ _____ _____

STATO ATTUALE

7	Indicare : altezza : cm peso : kg		
8	<p>SPOSTARSI</p> <p>L'assicurato può svolgere le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • passare dalla posizione coricata a quella seduta • passare dalla posizione seduta a quella eretta • spostarsi dal letto alla poltrona • rialzarsi in caso di caduta • spostarsi in casa su una superficie piana <p>(") qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità ; se si tratta di un aiuto materiale (bastone, deambulatore, sedia a rotelle, ...) o di una terza persona :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>da solo</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>con aiuto (")</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
9	<p>ALIMENTARSI</p> <p>L'assicurato può svolgere le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servirsi i cibi preparati • servirsi da bere • tagliare gli alimenti preparati • sbucciare la frutta • portare i cibi e le bevande alla bocca • inghiottire <p>(") qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>da solo</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>con aiuto (")</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
10	<p>IGIENE PERSONALE</p> <p>L'assicurato può svolgere le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lavarsi dalla vita in su • lavarsi dalla vita in giù • radersi • pettinarsi <p>(") qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>da solo</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>con aiuto (")</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
11	<p>CONTINENZA</p> <p>L'assicurato è : continente <input type="checkbox"/> incontinente <input type="checkbox"/> (") ?</p> <p>(") qualora ci sia incontinenza, precisarne il tipo (urinaria, fecale o entrambe), se si tratta di uno stato permanente od occasionale, se si utilizzano materiali appropriati (pannolini, cateteri o sonde, ...) :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

12	VESTIRSI-SVESTIRSI L'assicurato può svolgere le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none">dalla vita in sudalla vita in giùtogliere e mettere le scarpetogliere e mettere le particolari calzaturetogliere e mettere un'apparecchio (") qualora sia necessaria assistenza, precisarne la natura e la sua sistematicità : _____ _____	da solo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	con aiuto (") <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	COMUNICAZIONE E COMPORAMENTO <i>NB: Se la non autosufficienza è legata ad uno stato di demenza, tale stato dovrà essere valutato con il MiniMental Test di Folstein</i> <ul style="list-style-type: none">L'assicurato è in grado di comunicare in caso di necessità? Precisare: _____ _____Il comportamento dell'assicurato è : normale <input type="checkbox"/> aggressivo <input type="checkbox"/> depresso <input type="checkbox"/> apatico <input type="checkbox"/> ? Precisare: _____ _____Le attività nominate precedentemente (alimentazione, vestirsi-vestirsi, igiene personale, ...) devono essere stimolate o sono spontanee, coordinate ? Precisare: _____ _____Stato di coscienza dell'assicurato : normale <input type="checkbox"/> disorientamento temporo-spaziale <input type="checkbox"/> torpore <input type="checkbox"/> agitazione (diurna, notturna) <input type="checkbox"/> coma <input type="checkbox"/> Precisare: _____ _____ TRATTAMENTI : medici <input type="checkbox"/> chirurgici <input type="checkbox"/> kinesiterapia <input type="checkbox"/> altre <input type="checkbox"/> ? Precisare: _____ _____		
14	Il paziente deve seguire terapia : <ul style="list-style-type: none">orale <input type="checkbox"/>iniettiva (IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>)flebo continue <input type="checkbox"/>ossigeno <input type="checkbox"/>aerosol <input type="checkbox"/>flebo ripetitive <input type="checkbox"/>altro <input type="checkbox"/> ? Precisare: _____ _____		

15	Commenti del medico curante sullo stato di salute dell'assicurato :

L'assicurato è pregato di inviare al Medico consulente, sotto forma confidenziale, i vari documenti sanitari in suo possesso che potrebbero facilitare la valutazione della richiesta.

Il sottoscritto / La sottoscritta _____ Luogo : _____
In qualità di Medico curante
del Sig. / della Sig.ra _____ Data : _____
certifica che i dati forniti sopra sono esatti.

Firma e timbro del Medico

PAGINA BIANCA