



**Piano Individuale pensionistico di tipo assicurativo
(PIP)
Fondo Pensione
*Previ^{più}***

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO



Chiara Vita S.p.A. – Compagnia di Assicurazione sulla Vita S.p.A.
Sede Legale e Operativa Via Pietro Gaggia, 4 - 20139 Milano Tel 02 57.43.86.1 – fax 02 55.24.99.04
Società soggetta alla Direzione ed al Coordinamento di Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Capitale Sociale € 34.178.000,00 i.v. Num. Iscriz. del Reg. delle Imprese di Milano, C.F. e P.I. 03215010962 - R.E.A. n. 1882793
Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 1.00142 - Iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n. d'ordine 031
Imp. Autor. all'eser. delle ass. sulla Vita con Provv. I.S.V.A.P. n. 1979 del 4 dicembre 2001 (G.U. del 12/12/2001 n. 288)

una Società del Gruppo



INDICE

ASPETTI GENERALI

- 1 - Disciplina del Contratto
- 2- Oggetto del Contratto
- 3 - Fasi temporali del contratto
- 4 - Durata contrattuale
- 5 - Contributi
- 6 - Modalità di versamento dei contributi

FASE DI ACCUMULO

- 7 - Conclusione del contratto
- 8 - Decorrenza delle coperture assicurative
- 9 - Rischio di morte
- 10 - Diritto di revoca
- 11 - Diritto di recesso
- 12 - Costi gravanti sui contributi
- 13 - Costi afferenti ai Fondi Interni
- 14 - Costi per riscatto, trasferimento e switch
- 15 - Prestazioni in caso di vita dell'aderente
- 16 - Prestazione in caso di decesso
- 17 - Anticipazioni
- 18 - Riscatto Totale o Parziale
- 19 - Trasferimento ad altra Forma Pensionistica Individuale o Fondo Pensione
- 20 - Trasferimento da altre Forme Previdenziali
- 21 - Scelta dei Fondi e attribuzione e valorizzazione delle quote e del capitale
- 22 - Istituzione di nuovi Fondi Interni - Fusione di Fondi Interni
- 23 - Clausola di rivalutazione del capitale conferito alla gestione interna separata
- 24 - Modalità e tempistica della conversione delle quote
- 25 - Valore unitario delle quote dei Fondi Interni
- 26 - Operazioni di switch

FASI E MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE RENDITE

- 27 - Prestazione in forma di rendita
- 28 - Periodicità di liquidazione
- 29 - Modalità di calcolo della rendita iniziale
- 30- Rideterminazione dei coefficienti di conversione
- 31 - Costi per l'erogazione della rendita
- 32 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- 33 - Clausola di rivalutazione della rendita
- 34 - Coefficienti di conversione in rendita

ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

- 35 – Beneficiari
- 36 - Pagamenti della Compagnia
- 37 - Duplicato della proposta-certificato
- 38 - Valuta
- 39 - Tasse ed imposte
- 40 - Foro competente
- 41 - Non pignorabilità –non sequestrabilità – non cedibilità
- 42 - Informativa
- 43 - Comunicazioni dell'aderente alla società

REGOLAMENTO DEL FONDO REMUNERA PIÙ PREVIDENZA

REGOLAMENTO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

- | | |
|-------------------|--|
| ALLEGATO 1 | Coefficienti di conversione in rendita |
| ALLEGATO 2 | Copertura Temporanea in caso di decesso |
| ALLEGATO 3 | Copertura in caso di Invalidità Totale e Permanente |
| ALLEGATO 4 | Copertura in caso di Malattia Grave (DD – Dread Disease) |
| ALLEGATO 5 | Copertura in caso di non Autosufficienza (LTC – Long Term Care) |
| ALLEGATO 6 | Informativa resa per il trattamento dei dati personali |

ASPETTI GENERALI

Art. 1 - Disciplina del Contratto

Il contratto è disciplinato dalle presenti Condizioni Generali e da eventuali Appendici.
Per quanto non previsto, valgono inoltre le norme legislative italiane in materia.

Art. 2 – Oggetto del Contratto

“*Previ^{più}*” è una forma individuale di previdenza (PIP) che permette di costituire, all’età prevista per il pensionamento dell’aderente, una rendita vitalizia il cui ammontare è funzione di ogni singolo contributo corrisposto dallo stesso alla Compagnia nell’ambito di un piano base di versamenti caratterizzato da un’elevata flessibilità.

“*Previ^{più}*” prevede che il valore capitale della prestazione sia legato al totale o parziale investimento dei versamenti effettuati nel Fondo a Gestione Separata Remunera Più Previdenza (forma rivalutabile) e/o in uno o più dei Fondi Interni denominati Previ Misurato, Previ Dinamico, Previ Brioso (forma variabile).
A tale riguardo, alla data di stipula del contratto, l’aderente deciderà il profilo di rischio del suo investimento, scegliendo di investire i contributi nel fondo a Gestione Separata e/o in uno o più dei tre Fondi interni messi a disposizione dalla Compagnia.

A fronte del versamento di contributi ricorrenti (e aggiuntivi), il contratto prevede:

- in caso di decesso dell’aderente nel corso della durata contrattuale, la liquidazione del valore capitale maturato ai Beneficiari designati dall’aderente, così come descritto all’ Art. 16;
- in caso di vita dell’aderente al termine della fase di accumulo, il pagamento di una rendita annua vitalizia pagabile in rate posticipate secondo le condizioni di cui al successivo Art. 15;
- nel corso della fase di accumulo un’anticipazione della posizione maturata o il riscatto parziale o totale così come descritto ai successivi articoli 17 e 18.

Il contratto prevede anche la possibilità di sottoscrivere una o più coperture complementari alla prestazione pensionistica base, descritte negli Allegati 2-3-4-5 delle presenti Condizioni generali di contratto. L’aderente è tenuto, in caso di selezione di almeno una delle coperture complementari, alla sottoscrizione obbligatoria della copertura temporanea in caso di decesso (allegato 2).

Tutte le prestazioni previste dal presente contratto saranno esigibili qualora il contratto sia in vigore.

Art. 3 - Fasi temporali del contratto

Il presente contratto è caratterizzato dalle seguenti fasi temporali:

- fase di accumulo, durante la quale l’aderente corrisponde i contributi e costituisce gradualmente il capitale costitutivo della prestazione pensionistica in forma di rendita vitalizia;
- fase di erogazione, durante la quale viene erogata la prestazione pensionistica.

Art. 4 - Durata contrattuale

In conformità a quanto stabilito dal Decreto legislativo 5 dicembre 2005 n. 252, le prestazioni pensionistiche sono dovute al raggiungimento dell’età pensionabile da parte dell’aderente. Più precisamente l’età pensionabile sarà quella stabilita dal regime obbligatorio di appartenenza col vincolo di partecipazione di almeno 5 anni. L’anzianità di iscrizione che l’aderente abbia maturato presso altre forme pensionistiche è riconosciuta, a tutti gli effetti, ai fini dell’anzianità maturata all’interno del PIP.

E' ammessa la facoltà di richiedere che le prestazioni siano erogate con un anticipo massimo di cinque anni rispetto alla maturazione dei requisiti per l'accesso alle prestazioni nel regime obbligatorio di appartenenza in caso di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi o in caso di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo.

E' consentita la prosecuzione volontaria della partecipazione al PIP anche successivamente al raggiungimento del suddetto limite di età. La richiesta è trasmessa alla Compagnia mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento con un preavviso di almeno 60 giorni rispetto al termine della fase di accumulo. Tale facoltà è subordinata alla condizione che l'aderente, alla data di pensionamento, possa far valere almeno un anno di contribuzione a favore delle forme di previdenza complementare.

Eventuali modifiche legislative o di professione dell'aderente incidenti sulla determinazione dell'età pensionabile possono comportare la rideterminazione della durata contrattuale.

E' onere dell'aderente dare avviso scritto alla Compagnia (a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, ovvero presso lo sportello della Banca presso cui è stato stipulato il contratto) della modifica intervenuta almeno 60 giorni prima dell'anniversario contrattuale (o del termine della fase di accumulo) da cui la modifica deve produrre effetto.

Art. 5 – Contributi

A fronte delle prestazioni assicurative è prevista la corresponsione, da parte dell'aderente, di contributi ricorrenti articolati in un piano di versamenti ed, eventualmente, dei premi relativi alle coperture complementari.

I frazionamenti dei contributi ricorrenti del piano base previsti sono mensile, bimestrale, trimestrale, semestrale o annuale, mentre il frazionamento dei premi relativi alle coperture complementari può essere soltanto annuale.

Al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato l'aderente sceglie il piano base dei versamenti ricorrenti in termini di importo del contributo base ricorrente ed il relativo frazionamento.

La misura di contribuzione è scelta liberamente dall'aderente al momento dell'adesione.

I contributi sono definiti in cifra fissa. Nel corso dell'anno sono consentiti versamenti aggiuntivi.

La misura della contribuzione nonché la frequenza di versamento scelta al momento dell'adesione può essere modificata nel tempo.

I lavoratori dipendenti possono contribuire versando il flusso di TFR. In questo caso il versamento avviene tramite il datore di lavoro.

Ad ogni anniversario contrattuale è prevista la facoltà dell'aderente di modificare il piano base dei versamenti per quanto riguarda l'importo del contributo ricorrente e il frazionamento prescelto. La richiesta scritta deve essere consegnata allo sportello della Banca presso cui è stato sottoscritto la Proposta-Certificato, ovvero inviata direttamente alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata A/R, almeno 60 giorni prima della ricorrenza anniversaria da cui deve avere effetto la modifica.

L'importo dei premi relativi alle eventuali coperture complementari non è modificabile dall'aderente, ma è funzione dei contributi ricorrenti relativi al piano base di versamenti come indicato negli Allegati 2-3-4-5 delle presenti Condizioni generali di contratto.

È facoltà dell'aderente di sospendere, ed eventualmente riprendere successivamente, la corresponsione dei contributi del piano stabilito. La richiesta scritta di sospensione/ripresa deve essere consegnata allo sportello della Banca presso cui è stato sottoscritto la Proposta-Certificato, ovvero inviata direttamente alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata A/R, entro 60 giorni dalla data da cui deve avere effetto la sospensione/ripresa.

Tali contributi possono essere investiti in uno o più Fondi interni scelti tra quelli messi a disposizione della Compagnia e/o nella Gestione Separata. Nel caso in cui la Compagnia istituisca successivamente nuovi Fondi

Interni o nuovi comparti, consegnerà preventivamente all'aderente l'estratto della Nota Informativa aggiornata a seguito dell'inserimento del nuovo Fondo o comparto, unitamente al regolamento di gestione dello stesso.

Art. 6 – Modalità di versamento dei contributi

Il primo pagamento previsto dal piano base di versamenti del contratto prescelto e delle coperture complementari relative al primo anno di validità del contratto deve essere effettuato dall'aderente al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato mediante addebito sul conto corrente acceso presso la Banca distributrice dell'importo pattuito e conseguente accredito dello stesso da parte della Banca sul conto della Compagnia.

Il pagamento dei contributi ricorrenti successivi al primo, in corrispondenza alla loro scadenza, coincidente con la ricorrenza mensile, bimestrale, trimestrale, semestrale od annuale della conclusione del contratto, e degli eventuali versamenti aggiuntivi, in corrispondenza alla loro sottoscrizione, deve essere effettuato dall'aderente mediante addebito sul conto corrente acceso presso la Banca distributrice, dell'importo pattuito e conseguente accredito dello stesso da parte della Banca sul conto della Compagnia.

In caso di cessazione del rapporto con la Banca presso cui è stato stipulato il contratto, gli eventuali contributi ricorrenti successivi andranno versati tramite RID, mentre gli eventuali versamenti aggiuntivi potranno essere effettuati tramite bonifico bancario su IBAN: IT52J0344033106000000500700, intestato a Chiara Vita S.p.A.

FASE DI ACCUMULO

Art. 7 – Conclusione del contratto

Il contratto si intende concluso, a condizione che sia stato corrisposto il primo contributo ricorrente dovuto alla sottoscrizione della Proposta-Certificato da parte dell'aderente, alle ore 24.00 della data di sottoscrizione della Proposta-Certificato. Nel caso di mancato pagamento del suddetto contributo, il contratto è concluso alle ore 24.00 del giorno in cui l'aderente ha pagato quanto dovuto.

Art. 8 - Decorrenza delle coperture assicurative

La decorrenza delle coperture assicurative, ivi incluse quelle delle eventuali coperture complementari, è fissata alle ore 24 del primo lunedì successivo alla data di conclusione del contratto o, qualora tra la data di conclusione ed il primo lunedì successivo non intercorrano almeno due giorni lavorativi, il secondo lunedì successivo. Nel caso in cui tale data coincida con un giorno festivo, il giorno di decorrenza delle coperture è il primo giorno lavorativo successivo.

In caso di decesso dell'aderente prima dell'epoca di decorrenza delle coperture assicurative, la Compagnia liquida ai Beneficiari designati il contributo iniziale corrisposto.

Art. 9 – Rischio di morte

L'assicurazione è operante in caso di decesso dell'aderente qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'aderente stesso.

Art. 10 - Diritto di revoca

L'aderente, ai sensi dell'art. 176 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, può esercitare il diritto di revoca fino a quando il contratto non è concluso, ai sensi dell'Art. 7, inviando comunicazione scritta alla Compagnia, con lettera raccomandata A/R indirizzata a:

Chiara Vita S.p.A., via Pietro Gaggia 4, 20139 Milano

o presentando richiesta scritta presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto.

La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, previa consegna della documentazione prevista al successivo art. 36 (ovvero dalla data di ricevimento presso la filiale interessata, se anteriore), rimborsa all'aderente il contributo da questi eventualmente corrisposto, senza trattenuta alcuna.

L'esercizio del diritto di revoca libera l'aderente e la compagnia da qualsiasi obbligazione derivante dalla Proposta-Certificato dalle ore 24 del giorno di invio della richiesta di revoca.

Art. 11 - Diritto di recesso

L'aderente, ai sensi dell'Art. 177 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, ha facoltà di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione dello stesso, come definita all'Art. 7, inviando comunicazione scritta alla Compagnia, con lettera raccomandata A/R indirizzata a:

Chiara Vita S.p.A., via Pietro Gaggia 4, 20139 Milano

o presentando richiesta scritta presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto.

La Compagnia, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, previa consegna della documentazione prevista al successivo art. 36 (ovvero dalla data di ricevimento presso la filiale interessata, se anteriore), rimborsa all'aderente la somma dei seguenti importi:

- controvalore delle Quote dei Fondi Interni possedute e valorizzate secondo quanto previsto al successivo Art. 24;
- capitale assicurato derivante dai versamenti nel Fondo a Gestione Separata Remunera più Previdenza;
- **somma di tutti i costi applicati sul contributo versato (al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto di cui all'Art. 12);**
- eventuale premio delle coperture complementari (come disposto nei rispettivi allegati).

Il valore unitario delle quote all'epoca di conversione per il disinvestimento a seguito del recesso potrà essere sia superiore che inferiore rispetto a quello utilizzato per la conversione in quote del contributo iniziale versato all'atto della sottoscrizione del contratto.

Il diritto di recesso libera l'aderente e la compagnia da qualsiasi obbligazione futura derivante dal contratto dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso.

Art. 12 – Costi gravanti sui contributi

Il contratto prevede i seguenti costi, al netto dei quali viene effettuato l'investimento del contributo:

- **Piano di versamenti relativi alla copertura pensionistica base**
Sui contributi ricorrenti corrisposti dall'aderente, nell'ambito del piano di versamenti, e sugli eventuali versamenti aggiuntivi verrà applicato un costo percentuale del 2,50%.
- **Piano di versamenti relativi alle coperture complementari**
Sui versamenti effettuati dall'aderente, nell'ambito delle coperture complementari, gravano i seguenti costi:
 - caricamento proporzionale alla somma assicurata della copertura complementare: 0,03%;
 - caricamento proporzionale al premio della copertura complementare: 20,00%.

Art. 13 – Costi afferenti ai Fondi Interni

- **Costi afferenti ai Fondi Interni**

Dal patrimonio complessivo netto di ciascun Fondo interno per il servizio di Asset Allocation e per l'amministrazione del contratto viene trattenuta una commissione annua di gestione la cui misura varia, in relazione alla linea di investimento come precisato nella seguente tabella:

Fondo	Commissione annua di gestione applicata dalla Compagnia in percentuale del patrimonio complessivo netto di ciascun Fondo per il servizio di Asset Allocation e per l'amministrazione del contratto
Previ Brioso	2,00%
Previ Dinamico	1,50%
Previ Misurato	1,00%

Il dettaglio dei costi gravanti su ciascun Fondo è specificato nella Nota Informativa e nel "Regolamento dei Fondi Interni", il quale è parte integrante delle presenti Condizioni Generali di Contratto.

▪ **Costi afferenti il Fondo a Gestione Separata**

La Compagnia trattiene dal rendimento annuo realizzato dal Fondo a Gestione Separata Remunera Più Previdenza una commissione annua pari all'1,00%.

Art. 14 – Costi per riscatto, trasferimento e switch

Non sono previste commissioni per anticipazioni e riscatto sia esso totale che parziale.

E' prevista una commissione nel caso di trasferimento della propria posizione pensionistica ad altra forma pensionistica. Tale commissione è pari a 25,00 Euro ed è prelevata dalla somma che viene trasferita.

Non sono previste commissioni per il trasferimento delle Quote acquisite da un Fondo interno ad un altro Fondo interno ovvero alla Gestione Separata.

Art. 15 – Prestazioni in caso di vita dell'aderente

Al termine della fase di accumulo, Previ^{più} prevede la conversione del valore capitale maturato in una rendita immediata posticipata. Si rinvia all'Art. 27 per la descrizione della prestazione di rendita.

La Compagnia, a scelta dell'aderente può erogare una prestazione in forma di capitale fino ad un massimo del 50,00% del valore capitale maturato al termine della fase di accumulo, in tale circostanza l'importo valore capitale da convertire in rendita viene conseguentemente ridotto; nel computo dell'importo complessivo erogabile in capitale sono detratte le somme erogate a titolo di anticipazione per le quali non si sia provveduto al reintegro.

Qualora l'importo che si ottiene, convertendo in rendita vitalizia immediata annua senza reversibilità a favore dell'aderente il 70 per cento della posizione individuale maturata, risulti inferiore al 50 per cento dell'assegno sociale di cui all'articolo 3, commi 6 e 7, della legge 8 agosto 1995, n. 335, l'aderente può optare per la liquidazione in capitale dell'intera posizione maturata.

L'aderente che, sulla base della documentazione prodotta, risulta assunto antecedentemente al 29 aprile 1993 ed entro tale data iscritto ad una forma pensionistica complementare istituita alla data di entrata in vigore della legge 23 ottobre 1992, n. 421, può richiedere la liquidazione dell'intera prestazione pensionistica complementare in capitale.

Il valore capitale al termine della fase di accumulo viene progressivamente costituito con i versamenti (contributi base ricorrenti e versamenti aggiuntivi) effettuati dall'aderente nel corso della fase di accumulo e corrisponde alla somma di:

- controvalore al termine della fase di accumulo delle Quote possedute nei Fondi interni (forma variabile);
- capitale assicurato rivalutato al termine della fase di accumulo derivante dai versamenti conferiti nella Gestione Separata e/o dai trasferimenti da Fondi interni alla Gestione Separata stessa (forma rivalutabile), al netto di eventuali riscatti parziali. Il capitale assicurato iniziale derivante da ogni contributo (ricorrente o aggiuntivo) versato nella Gestione Separata Remunera Più Previdenza corrisponde all'importo del contributo versato, al netto dei costi di cui all'Art. 12. In fase di accumulo la Compagnia prevede il riconoscimento di

un rendimento minimo garantito attualmente dell'1,50% annuo composto e il consolidamento annuale dei risultati con riferimento ai contributi investiti nel Fondo a Gestione Separata Remunera Più Previdenza.

Art. 16 – Prestazione in caso di decesso

In caso di decesso dell'aderente, prima del termine della fase di accumulo e qualunque possa esserne la causa, è prevista la liquidazione ai Beneficiari designati, previa richiesta di liquidazione e consegna della documentazione completa di cui al successivo Art. 36, del valore capitale maturato a tale epoca dato dalla somma dei seguenti importi:

- controvalore delle Quote del Fondo interno possedute all'epoca del decesso (forma variabile); tale controvalore è dato dalla somma degli importi ottenuti moltiplicando, per ciascun fondo interno, il valore unitario della quota all'epoca di conversione, come definita al successivo Art. 24, per il numero di quote del fondo possedute all'epoca del decesso dell'aderente. Il controvalore delle Quote all'epoca del decesso potrebbe, a seguito del deprezzamento delle Quote stesse, risultare inferiore alla somma dei contributi versati destinati ai Fondi interni.
- maggiorazione del controvalore determinato al punto precedente di una percentuale variabile in funzione dell'età al decesso secondo la seguente tabella:

Età al decesso (anni)	Maggiorazione %
Inferiore a 40	1,00%
Uguale o superiore a 40 ed inferiore a 50	0,50%
Uguale o superiore a 50	0,25%

Il costo della garanzia è a carico della Compagnia. Tale copertura è obbligatoria e si attiva automaticamente al momento dell'adesione.

- capitale assicurato rivalutato, secondo le modalità di cui all'Art. 23, a tale data derivante dai versamenti investiti nella Gestione Separata e/o dai trasferimenti da Fondi interni alla Gestione Separata stessa (forma rivalutabile), al netto di eventuali riscatti parziali. La Compagnia, relativamente al capitale derivante dai versamenti nella Gestione Separata, riconosce una misura minima di rivalutazione pari attualmente all'1,50%.

La copertura del rischio di decesso è operativa a partire dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza delle coperture assicurative. In caso di decesso dell'aderente prima dell'epoca di decorrenza delle coperture assicurative, la Compagnia liquida ai Beneficiari designati il contributo iniziale corrisposto.

I pagamenti dovuti vengono effettuati dalla Compagnia entro trenta giorni dalla data di ricevimento della richiesta corredata dalla documentazione completa riportata nell'Art. 36.

La prestazione in caso di decesso potrebbe risultare inferiore alla somma dei contributi corrisposti.

Art. 17 – Anticipazioni

Ai sensi del D.Lgs. 252/2005 l'aderente, con apposita domanda corredata della documentazione indicata al successivo Art. 36, può conseguire un'anticipazione della posizione individuale maturata nei seguenti casi e misure:

- a) in qualsiasi momento, per un importo non superiore al 75 per cento, per spese sanitarie conseguenti a situazioni gravissime attinenti a sé, al coniuge o ai figli, per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche;

- b) decorsi otto anni di iscrizione a forme pensionistiche complementari, per un importo non superiore al 75 per cento, per l'acquisto della prima casa di abitazione, per sé o per i figli, documentato con atto notarile;
- c) decorsi otto anni di iscrizione a forme pensionistiche complementari, per un importo non superiore al 75 per cento, per la realizzazione, sulla prima casa di abitazione, degli interventi di manutenzione ordinaria, straordinaria, di restauro e di risanamento conservativo, di ristrutturazione edilizia, di cui alle lettere a), b), c), d) del comma 1 dell'Art. 3 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari di cui al decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380, documentati come previsto dalla normativa stabilita ai sensi dell'Art.1, comma 3, della legge 27 dicembre 1997, n. 449;
- d) decorsi otto anni di iscrizione a forme pensionistiche complementari, per un importo non superiore al 30 per cento, per ulteriori esigenze.

Ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria per esercitare il diritto all'anticipazione, sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione a forme pensionistiche complementari maturati dall'aderente, per i quali lo stesso non abbia esercitato il diritto di riscatto totale della posizione individuale.

Le somme complessivamente percepite a titolo di anticipazione non possono mai eccedere il 75 per cento della posizione individuale maturata, formata dai versamenti effettuati, comprese le quote del TFR, e dai rendimenti realizzati fino a quel momento. Non sono previsti costi per richieste di anticipazioni.

Art. 18 – Riscatto Totale o Parziale

Ai sensi del D.Lgs. 252/2005 l'aderente, con apposita domanda corredata della documentazione indicata al successivo Art. 36, può :

- riscattare il 50 per cento della posizione individuale maturata, in caso di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi e non superiore a 48 mesi, ovvero in caso di ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni, ordinaria o straordinaria;
- riscattare l'intera posizione individuale maturata, in caso di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo o a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi. Il riscatto non è tuttavia consentito ove tali eventi si verificano nel quinquennio precedente la maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche complementari, nel qual caso vale quanto indicato al precedente Art. 4.

La richiesta scritta va inviata alla Compagnia mediante lettera raccomandata A/R indirizzata a:

Chiara Vita Spa – Ufficio Gestione Portafoglio, via Pietro Gaggia 4, 20139 Milano.

o presentando richiesta scritta presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto.

Il riscatto della posizione individuale è corrisposto ai Beneficiari nel caso in cui la richiesta di riscatto sia dovuta a decesso dell'aderente prima dell'accesso alla prestazione pensionistica.

Al di fuori dei casi suddetti non sono previste altre forme di riscatto delle prestazioni.

La liquidazione del valore totale di riscatto determina lo scioglimento del contratto mentre, in caso di liquidazione del valore di riscatto parziale, il contratto rimane in vigore per il valore capitale residuo.

Non sono previsti costi per richieste di riscatto.

In caso di richiesta di riscatto, prima del termine della fase di accumulo, il valore capitale maturato è pari alla somma dei seguenti importi:

- controvalore delle Quote dei Fondi interni possedute all'epoca del riscatto (forma variabile); il controvalore delle Quote a tale epoca potrebbe, a seguito del deprezzamento delle Quote stesse, risultare inferiore alla somma dei contributi versati e destinati ai Fondi interni;

- capitale assicurato rivalutato a tale data derivante dai versamenti investiti nella gestione interna separata e/o dai trasferimenti da Fondi interni alla Gestione Separata stessa (forma rivalutabile), al netto di eventuali riscatti parziali. La Compagnia, relativamente al capitale derivante dai versamenti nella Gestione Separata, riconosce una misura annua minima di rivalutazione pari attualmente all'1,50%.

La Compagnia corrisponde all'aderente il valore di riscatto, parziale o totale, al netto delle imposte previste dalla normativa vigente.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento la Compagnia provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro 30 giorni dalla data di ricevimento presso la propria sede della documentazione completa prevista al successivo art. 36 (ovvero dalla data di ricevimento presso la filiale interessata, se anteriore), oltre tale termine sono dovuti gli interessi di mora.

Le eventuali coperture complementari attive al momento del riscatto totale della posizione pensionistica rimangono in vigore per la frazione di anno mancante al completamento dell'annualità assicurativa in corso al momento del riscatto stesso. Le coperture decadono automaticamente al termine di tale periodo.

Art. 19 – Trasferimento ad altra Forma Pensionistica Individuale o Fondo Pensione

Dopo un periodo minimo di due anni di vigenza del contratto – e prima che abbia maturato il diritto alla prestazione pensionistica – l'aderente ha la facoltà di trasferire la propria posizione individuale presso altro PIP, ovvero ad un Fondo Pensione Complementare.

Il vincolo temporale, di cui al comma precedente, non viene richiesto qualora l'aderente trasferisca la propria posizione individuale al Fondo Pensione Complementare al quale abbia facoltà di accesso in relazione alla nuova attività lavorativa.

Le eventuali coperture complementari attive al momento del trasferimento della posizione pensionistica rimangono in vigore per la frazione di anno mancante al completamento dell'annualità assicurativa in corso al momento del trasferimento stesso. Le coperture decadono automaticamente al termine di tale periodo.

E' prevista una commissione di trasferimento pari a 25 Euro prelevata dalla somma assicurata che viene trasferita.

Art. 20 – Trasferimento da altre Forme Previdenziali

E' facoltà dell'aderente trasferire nella forma pensionistica individuale di cui al presente contratto la posizione maturata presso altra forma pensionistica prevista D.Lgs. 252/2005.

In questo caso all'ammontare della disponibilità trasferita non si applicano i costi di cui all'Art. 12.

Art. 21 – Scelta dei Fondi e attribuzione e valorizzazione delle quote e del capitale

Scelta dei Fondi

I contributi versati dall'aderente, al netto dei relativi costi descritti all'Art. 12, secondo la scelta effettuata al momento della conclusione del Contratto o alla sua eventuale modifica in epoca successiva, verranno impiegati in Quote dei Fondi interni assicurativi Previ Misurato, Previ Dinamico, Previ Brioso (forma variabile) e/o investiti nel Fondo interno a Gestione Separata Remunera Più Previdenza.

Prima di effettuare la scelta fra i Fondi interni leggere attentamente la Nota Informativa e il Regolamento dei Fondi interni per poter valutare la tipologia delle attività finanziarie in cui i Fondi interni possono investire, con i relativi limiti, per apprezzare i diversi profili di rischio/rendimento e, quindi, scegliere il Fondo o i Fondi interni più rispondenti alle proprie esigenze in rapporto all'orizzonte temporale dell'investimento.

L'aderente ha la facoltà di scegliere, al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato, di aderire ad un percorso guidato di investimento ovvero di optare per un percorso libero. Nel dettaglio:

▪ **Percorso libero:**

L'aderente decide di non avvalersi dell'ausilio della Compagnia per l'investimento dei contributi corrisposti in dipendenza del piano base nel corso della durata contrattuale.

L'aderente stesso, in autonomia, decide la ripartizione degli investimenti tra i quattro Fondi messi a disposizione e valuta l'opportunità di disporre trasferimenti di Quote, nel corso della durata contrattuale.

▪ **Percorso con trasferimenti di quote guidati:**

L'aderente decide di avvalersi dell'ausilio della Compagnia per quanto concerne il consolidamento nel tempo delle plusvalenze realizzate con l'investimento nei Fondi interni mediante trasferimenti automatici delle plusvalenze stesse alla gestione interna separata. La ripartizione dei versamenti nei quattro Fondi disponibili viene invece stabilita direttamente dall'aderente stesso. Al progressivo invecchiamento dell'aderente, avrà luogo un trasferimento delle somme assicurate in modo che nel corso dell'ultimo anno di permanenza nel contratto la somma assicurata sia totalmente investita nella gestione interna separata.

La Compagnia provvede a valutare, con frequenza semestrale, il valore della plusvalenza realizzata con l'investimento in ciascuno dei Fondi interni. Se tale plusvalenza risulta almeno pari al 2,50%, la totalità della plusvalenza stessa viene consolidata mediante trasferimento alla gestione interna separata. La valutazione delle plusvalenze realizzate dai Fondi interni viene effettuata con cadenza semestrale utilizzando il valore unitario delle Quote dell'ultimo lunedì del mese in cui cade ogni semi-anniversario contrattuale. Il valore unitario utilizzato per effettuare l'eventuale disinvestimento, dai Fondi interni, della plusvalenza stessa si riferisce all'epoca di valorizzazione immediatamente successiva a quella di valutazione. La plusvalenza periodale di un contratto, relativamente ad un Fondo interni, è pari alla differenza tra:

- il controvalore, all'epoca di valutazione, delle Quote del contratto relative al Fondo in analisi;
- e
- la somma dei conferimenti netti (rivenienti tanto dall'investimento di versamenti del piano base quanto da eventuali trasferimenti di Quote da altri Fondi interni) destinati al Fondo stesso dalla decorrenza delle coperture assicurative del contratto fino all'epoca di valutazione.

Tale differenza deve essere maggiorata di un importo pari al controvalore delle Quote eventualmente riscattate parzialmente dal Fondo di riferimento dalla decorrenza delle coperture assicurative fino al momento di valutazione.

Inoltre, in un'ottica di protezione dell'investimento dell'aderente da possibili fluttuazioni caratteristiche del mercato azionario, al progressivo invecchiamento dell'aderente, è previsto il trasferimento delle somme assicurate in modo che nel corso dell'ultimo anno di permanenza nel contratto la somma assicurata sia totalmente investita nella gestione interna separata.

Più precisamente, dal quart'ultimo anniversario contrattuale verrà trasferita una frazione del controvalore delle Quote dei Fondi interni alla gestione interna separata, secondo il seguente schema:

Anni mancanti a scadenza	Frazione trasferita alla Gestione Separata
4 anni	25,00%
3 anni	30,00%
2 anni	50,00%
1 anno	100,00%

Il trasferimento viene realizzato alle epoche di valutazione immediatamente successive o coincidenti con le ultime quattro ricorrenze anniversary del contratto e il controvalore che viene preso a riferimento per il trasferimento è quello calcolato in funzione del valore unitario delle Quote calcolato all'epoca di valutazione corrente (il primo lunedì successivo alla ricorrenza anniversary o qualora la ricorrenza anniversary sia lunedì, il giorno stesso). Il valore unitario utilizzato per il disinvestimento connesso all'operazione di trasferimento si riferisce invece all'epoca di valorizzazione immediatamente successiva a quella utilizzata per la valutazione del controvalore stesso. E' facoltà dell'aderente richiedere alla Compagnia di non dar luogo al trasferimento

progressivo sopra indicato mediante comunicazione scritta della propria volontà di sospendere il percorso guidato di investimento cui ha aderito in precedenza e di contestuale passaggio al percorso libero. La richiesta scritta deve essere effettuata almeno 30 giorni prima dell'anniversario contrattuale a partire dal quale non deve essere applicato il trasferimento e deve essere consegnata allo sportello della Banca presso cui è stato sottoscritto il contratto ovvero inviata a mezzo lettera raccomandata A/R alla Compagnia.

Non è prevista la facoltà per l'aderente di disporre trasferimenti di Quote nel corso della durata contrattuale pena il passaggio al percorso libero. L'aderente ha invece la facoltà di disporre, in qualsiasi momento, il reindirizzamento dei propri investimenti.

In ogni caso l'aderente può, ad ogni anniversario contrattuale, uscire dal percorso guidato, consegnando la richiesta allo sportello della Banca presso cui è stato sottoscritto il contratto ovvero inviandola a mezzo lettera raccomandata A/R alla Compagnia 30 giorni prima dell'anniversario contrattuale a partire dal quale il percorso non deve essere applicato, e passando così dal percorso con trasferimenti di Quote guidati al percorso libero; viceversa l'aderente che sceglie il percorso libero non può successivamente passare al percorso con trasferimenti di quote guidati.

Reindirizzamento

È prevista la facoltà dell'aderente di modificare, mediante l'operazione di reindirizzamento, la propria scelta di investimento, in uno o più dei quattro Fondi messi a disposizione dalla Compagnia, del piano di versamenti futuri e degli eventuali versamenti aggiuntivi futuri.

La richiesta scritta di reindirizzamento deve essere consegnata allo sportello bancario presso cui è stata sottoscritta la Proposta-Certificato, ovvero inviata direttamente alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata A/R.

L'operazione di reindirizzamento ha effetto dal primo lunedì successivo alla data di ricevimento, presso la Compagnia, della richiesta di reindirizzamento o, qualora tra la data di ricevimento della predetta documentazione ed il primo lunedì successivo non intercorrano almeno due giorni lavorativi, il secondo lunedì seguente.

Valorizzazione delle quote

La conversione di un contributo o di un versamento aggiuntivo in Quote di un Fondo interno si ottiene dividendo l'importo del versamento effettuato sul predetto Fondo, al netto dei costi di cui all'Art. 12, per il valore unitario delle quote alla corrispondente epoca di conversione.

L'epoca di conversione è:

- nel caso del contributo corrisposto alla sottoscrizione del contratto: il primo lunedì successivo alla data di conclusione del contratto o, qualora tra la conclusione ed il primo lunedì successivo non intercorrano almeno due giorni lavorativi, il secondo lunedì seguente;
- nel caso dei versamenti successivi (siano essi ricorrenti o aggiuntivi): il primo lunedì successivo alla data di scadenza del versamento, coincidente con la ricorrenza anniversaria, mensile, bimestrale, trimestrale o semestrale della conclusione del contratto, o, qualora tra la scadenza del versamento ed il primo lunedì successivo non intercorrano almeno due giorni lavorativi, il secondo lunedì seguente, sempre che sia stato corrisposto il relativo versamento.

Inoltre, nel caso in cui la data di valorizzazione coincida con un giorno festivo, il valore attribuito alle Quote è quello del primo giorno lavorativo successivo.

La medesima epoca di conversione è utilizzata per l'investimento dei contributi destinati al Fondo a Gestione Separata Remunera Più Previdenza.

Art. 22 – Istituzione di nuovi Fondi Interni - Fusione di Fondi Interni

La Compagnia potrà istituire nuovi Fondi Interni; dell'istituzione e delle caratteristiche di tali nuovi fondi interni l'aderente verrà opportunamente informato e vi potrà accedere con operazioni di investimento o di trasferimento delle quote. Ciascun nuovo Fondo Interno verrà disciplinato da apposito regolamento.

E' prevista la possibilità di fusione con altri Fondi Interni della Compagnia. La fusione potrà avvenire soltanto tra Fondi Interni aventi caratteristiche simili. La Compagnia comunicherà all'aderente le cause della fusione, le modalità operative di realizzazione e gli effetti.

Art. 23- Clausola di rivalutazione del capitale conferito alla gestione interna separata

La Compagnia riconosce una rivalutazione annua della somma assicurata, maturata a seguito dei versamenti nel Fondo a Gestione Separata Remunera Più Previdenza (forma rivalutabile), in base alle condizioni che seguono.

La Compagnia, limitatamente ai versamenti e/o trasferimenti (switch) destinati alla gestione interna separata, gestisce le attività a copertura degli impegni assunti (Riserve Matematiche) nei confronti degli aderenti a Previ^{più}, attraverso la Gestione Speciale denominata Remunera Più Previdenza, disciplinata da apposito Regolamento che è parte integrante delle presenti Condizioni generali di contratto.

Il Fondo Remunera Più Previdenza è una gestione interna separata conforme alla norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo con la circolare n.71 del 26/03/1987 e successive modifiche e integrazioni e si atterrà ad eventuali successive disposizioni.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza , il contratto verrà rivalutato mediante aumento a totale carico della Compagnia della riserva matematica costituitasi a tale epoca. Il rendimento annuo della gestione interna separata Remunera Più Previdenza utilizzato ai fini del calcolo della misura di rivalutazione da attribuire al contratto è quello conseguito nei dodici mesi che precedono l'inizio del terzo mese antecedente quello nel quale cade l'anniversario di decorrenza del contratto. La misura annua di rivalutazione da attribuire al contratto si ottiene sottraendo al rendimento annuo della gestione interna separata Remunera Più Previdenza un'aliquota dell'1,00% ; qualora tale valore risulti inferiore al "tasso minimo garantito" , verrà comunque garantita la misura minima di rivalutazione.

La misura minima di rivalutazione attualmente in vigore è dell'1,50%, successivamente potrà variare esclusivamente nel caso in cui il "tasso di interesse massimo" applicabile ad un contratto di assicurazione sulla vita come stabilito dall'Isvap (Regolamento n.21 del 28/03/2008 ed eventuali sue successive modificazioni ed integrazioni) scenderà sotto la soglia dell'1,50%. In tal caso la percentuale minima di rivalutazione riconosciuta sarà pari al "tasso di interesse massimo" calcolato sulla base di quanto disposto dal citato provvedimento.

La variazione del tasso minimo garantito sarà comunicata all'aderente per iscritto preventivamente alla sua applicazione e sarà valida solo per i versamenti successivi alla data di variazione prevista nella comunicazione stessa. I versamenti effettuati prima di tale modifica rimarranno comunque legati al rendimento minimo in vigore al momento del pagamento.

Il rendimento annuo della gestione separata viene determinato con le modalità indicate all'Art.3 del regolamento di Remunera Più Previdenza.

La rivalutazione del contratto si ottiene sommando i seguenti importi:

- la rivalutazione secondo la legge della capitalizzazione composta del capitale assicurato in vigore al precedente anniversario di decorrenza al netto di eventuali riscatti parziali;
- la rivalutazione di ogni contributo, ricorrente o aggiuntivo, versato successivamente al precedente anniversario di decorrenza del contratto e destinato alla gestione interna separata Remunera Più Previdenza, al netto delle spese di cui all'Art. 12, calcolata secondo la legge della capitalizzazione composta per il tempo trascorso dalla data di investimento al giorno della rivalutazione secondo il metodo "pro-rata temporis";
- la rivalutazione relativa ad ognuno dei trasferimenti di Quote alla gestione interna separata eventualmente effettuati successivamente al precedente anniversario di decorrenza del contratto, calcolata secondo la legge della capitalizzazione composta per il tempo trascorso dalla data di trasferimento al giorno della rivalutazione secondo il metodo "pro-rata temporis".

I capitali aggiuntivi maturati per effetto della rivalutazione ad ogni ricorrenza annuale sono definitivamente riconosciuti al contratto (consolidamento) di anno in anno, incrementano il capitale assicurato in vigore e costituiscono la base per le future rivalutazioni.

In caso di decesso dell'aderente, in caso di riscatto del contratto o di trasferimento della posizione, al fine di determinare il capitale liquidabile, viene riconosciuta un'ulteriore rivalutazione "pro-rata temporis", con riferimento al periodo intercorso tra l'ultimo anniversario di decorrenza del contratto e la data di ricevimento, da parte della Compagnia, della richiesta di liquidazione completa della documentazione indicata all'Art. 36.

Il rendimento annuo del Fondo a Gestione Separata Remunera Più Previdenza adottato ai fini del calcolo della misura di rivalutazione da attribuire al contratto per calcolare la rivalutazione "pro rata temporis" è quello conseguito nei dodici mesi che precedono l'inizio del terzo mese antecedente la data di ricevimento, da parte della Compagnia, della suddetta richiesta di liquidazione completa della documentazione e la legge di capitalizzazione utilizzata è quella composta.

Art. 24 – Modalità e tempistica della conversione delle quote

Recesso

In caso di esercizio del diritto di recesso, l'epoca di conversione sarà il primo lunedì successivo alla data di ricevimento, da parte della Compagnia, della richiesta di recesso o, qualora tra la data di ricevimento ed il primo lunedì successivo non intercorrano almeno due giorni lavorativi, il secondo lunedì successivo. Inoltre, nel caso in cui la data di valorizzazione coincida con un giorno festivo, il valore attribuito alle quote è quello del primo giorno lavorativo successivo. Se la data di ricevimento della richiesta di recesso è antecedente all'epoca di conversione in quote del contributo, la Compagnia rimborsa il valore del contributo corrisposto al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto di cui all'Art. 12.

Prestazioni in caso di vita dell'aderente

In caso di vita dell'aderente al termine della fase di accumulo, l'epoca di conversione è il primo lunedì successivo alla data di ricevimento della richiesta di liquidazione corredata da tutta la documentazione indicata all'Art. 36 o, qualora tra la data di ricevimento della predetta documentazione ed il primo lunedì successivo non intercorrano almeno due giorni lavorativi, il secondo lunedì successivo; nel caso in cui la data di valorizzazione coincida con un giorno festivo, il valore attribuito alle quote è quello del primo giorno lavorativo successivo.

Prestazioni in caso di riscatto, anticipazioni o trasferimento presso altra forma pensionistica

In caso di richiesta di riscatto, anticipazioni o trasferimento presso altra forma pensionistica, l'epoca di conversione è il primo lunedì successivo alla data di ricevimento della richiesta corredata da tutta la documentazione indicata all'Art. 36, qualora tra la data di ricevimento della predetta documentazione ed il primo lunedì successivo non intercorrano almeno due giorni lavorativi, il secondo lunedì successivo; nel caso in cui la data di valorizzazione coincida con un giorno festivo, il valore attribuito alle quote è quello del primo giorno lavorativo successivo.

Prestazioni in caso di decesso dell'aderente

In caso di liquidazione della prestazione maturata per decesso dell'aderente l'epoca di conversione è il primo lunedì successivo alla data di ricevimento della richiesta di liquidazione corredata da tutta la documentazione indicata al successivo Art. 36 o, qualora tra la data di ricevimento della predetta documentazione ed il primo lunedì successivo non intercorrano almeno due giorni lavorativi, il secondo lunedì successivo; nel caso in cui la data di valorizzazione coincida con un giorno festivo, il valore attribuito alle quote è quello del primo giorno lavorativo successivo.

Trasferimento delle quote (switch)

In caso di richiesta di trasferimento di quote da un Fondo ad un altro (switch), la valorizzazione delle quote per il disinvestimento è effettuata il primo lunedì successivo alla data di ricevimento, da parte della Compagnia, del modulo di richiesta per il trasferimento inviato a mezzo raccomandata A/R alla sede della Compagnia o, qualora tra la data di ricevimento della raccomandata ed il primo lunedì successivo non intercorrano almeno due giorni lavorativi, il secondo lunedì successivo.

Qualora il modulo di richiesta per il trasferimento sia consegnato allo sportello bancario presso cui è stato stipulato il contratto, la valorizzazione delle quote per il disinvestimento è effettuata il primo lunedì successivo

alla data di pervenimento, presso la Compagnia, del modulo di richiesta per il trasferimento o, qualora tra la data di consegna ed il primo lunedì successivo non intercorrano almeno due giorni lavorativi, il secondo lunedì successivo.

Nel caso in cui la data di valorizzazione coincida con un giorno festivo, il valore attribuito alle quote è quello del primo giorno lavorativo successivo.

La medesima valorizzazione delle quote è utilizzata per il reinvestimento dell'importo da trasferire.

Art. 25 – Valore unitario delle quote dei Fondi Interni

Il valore unitario delle quote, al netto di qualsiasi onere a carico del Fondo interno, viene determinato settimanalmente, ogni lunedì lavorativo, dalla Compagnia e viene pubblicato giornalmente sul quotidiano finanziario "Finanza & Mercati", tale valore è anche disponibile sul sito internet della Compagnia alla pagina www.chiaravita.it. La Compagnia potrà successivamente pubblicarne il valore su altro quotidiano a tiratura nazionale, dandone comunicazione all'aderente.

Per il calcolo settimanale del valore unitario delle Quote di ciascun Fondo si fa riferimento agli ultimi prezzi o valori di mercato disponibili rispetto al giorno di valorizzazione, e il valore è determinato troncando alla terza cifra decimale il rapporto tra l'ammontare complessivo degli investimenti di ogni Fondo, al netto della spese, per il numero di Quote riferite allo stesso Fondo.

Art. 26 – Operazioni di switch

L'aderente, trascorso almeno un anno dalla data di decorrenza delle coperture assicurative, ha la facoltà di trasferire parte o la totalità delle Quote acquisite fino a quel momento da un Fondo interno ad un altro Fondo e/o al Fondo a Gestione Separata. Il rispetto del periodo minimo di un anno tra una operazione di switch e la successiva è richiesto anche successivamente nel corso della fase di accumulo.

Più in dettaglio, con l'operazione di switch l'aderente determina una nuova allocazione, fra i Fondi messi a disposizione dalla Compagnia.

A seguito all'operazione di switch, gli eventuali contributi ricorrenti e versamenti aggiuntivi successivi verranno investiti secondo il nuovo indirizzamento determinato dall'aderente con l'operazione di switch stessa.

A seguito di un'operazione di switch verrà inviata all'aderente una lettera contenente tutte le informazioni riguardo a: numero di Quote e relativo controvalore prima dell'operazione di switch, numero delle quote disinvestite, numero di quote e relativo controvalore successivamente all'operazione di switch, valore unitario delle Quote all'epoca di trasferimento.

Se l'aderente ha optato per il percorso con trasferimenti guidati di Quote, l'eventuale trasferimento di Quote disposto in autonomia dallo stesso ha come conseguenza il passaggio immediato al percorso libero di investimento.

FASI E MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE RENDITE

Art. 27 - Prestazione in forma di rendita

In caso di vita dell'aderente al termine della fase di accumulo, il valore capitale maturato a tale epoca viene convertito in una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile in rate posticipate.

La rendita annua vitalizia si ottiene applicando al valore capitale maturato al termine della fase di accumulo, al netto delle eventuali imposte dovute per legge e dell'eventuale quota da erogare sotto forma di capitale, il coefficiente di conversione in rendita.

Almeno 60 giorni prima del proprio pensionamento, l'aderente deve darne avviso scritto allo sportello della Banca presso cui ha stipulato il contratto, ovvero a mezzo lettera raccomandata A/R inviata alla Compagnia, con apposita domanda corredata della documentazione indicata al successivo Art. 36.

La data di decorrenza della rendita coincide con il termine della fase di accumulo; l'erogazione della rendita vitalizia cessa con l'ultima scadenza di rata precedente il decesso dell'aderente.

L'aderente almeno 30 giorni dalla data in cui matura il diritto alla pensione complementare di vecchiaia o di anzianità, può richiedere – in luogo della rendita vitalizia immediata – di convertire l'ammontare relativo alla posizione individuale maturata in una delle seguenti rendite vitalizie:

- a) una rendita immediata vitalizia rivalutabile reversibile: detta rendita è corrisposta all'aderente finché è in vita e successivamente, in misura totale o per quota (60%) scelta dallo stesso, alla persona da lui designata (denominata reversionario), ovvero alle persone da lui designate (denominate reversionari), tra i soggetti previsti dal sistema previdenziale obbligatorio;
- b) una rendita rivalutabile certa per i primi 5 o 10 anni (a scelta dell'aderente) e successivamente vitalizia: detta rendita è corrisposta per i primi 5 o 10 anni all'aderente o, in caso di suo decesso, alla persona da lui designata (ovvero alle persone da lui designate) tra i soggetti previsti dal sistema previdenziale obbligatorio. Successivamente la rendita verrà corrisposta all'aderente se e finché questi sarà in vita;
- c) una rendita rivalutabile certa per i primi 5 o 10 anni (a scelta dell'aderente) e successivamente vitalizia reversibile: detta rendita è corrisposta per i primi 5 o 10 anni all'aderente o, in caso di suo decesso, alla persona da lui designata (ovvero alle persone da lui designate) tra i soggetti previsti dal sistema previdenziale obbligatorio. Successivamente detta rendita è corrisposta all'aderente finché è in vita ed in seguito, in misura totale o per quota (60,00%) scelta dallo stesso, alla persona da lui designata (denominata reversionario), ovvero alle persone da lui designate (denominate reversionari), tra i soggetti previsti dal sistema previdenziale obbligatorio.

Non è possibile riscattare la rendita in corso di pagamento.

Art. 28 - Periodicità di liquidazione

La rendita, indipendentemente dalla forma prescelta, a scelta dell'aderente, può essere frazionata in rate con cadenza mensile o bimestrale o trimestrale o quadrimestrale o semestrale anziché essere corrisposta in unica soluzione alla fine di ogni anno.

Il frazionamento della rendita non può essere modificato nel corso della sua erogazione.

La rendita viene erogata all'aderente in via posticipata e quindi la prima rata di rendita viene corrisposta al termine del periodo di rateazione prescelto.

Art. 29 - Modalità di calcolo della rendita iniziale

L'importo iniziale della rendita vitalizia rivalutabile viene determinato moltiplicando il valore capitale maturato da convertire per il coefficiente di conversione in vigore all'epoca di maturazione del diritto alla rendita e dividendo il risultato ottenuto per 1.000.

I coefficienti attualmente in vigore sono riportati nelle tabelle seguenti, e sono dipendenti dal sesso, dall'anno di nascita e dall'età assicurativa raggiunta dall'aderente alla data di decorrenza della rendita vitalizia, oltre che dal frazionamento della rendita prescelto.

I coefficienti di conversione relativi alle forme di cui all'Art. 1 lettera b) attualmente in vigore sono riportati integralmente nelle tabelle; quelli di cui all'Art. 1 lettera a) e c) sono riportati nelle tabelle solo per alcune combinazioni di età; quelli relativi alle combinazioni non riportate possono essere richiesti in qualunque momento, e comunque prima della conversione della posizione individuale in prestazione pensionistica.

In caso di scelta del frazionamento della rendita subannuale, l'importo ottenuto con i relativi coefficienti corrisponde all'importo annuo; l'ammontare delle singole rate si ottiene dividendo tale importo annuo per il numero delle rate prescelto.

La rendita iniziale, sia essa vitalizia, certa o reversibile, viene annualmente rivalutata sulla base di quanto disciplinato all'Art. 33.

I coefficienti attualmente in vigore per la determinazione del valore iniziale della rendita vitalizia di cui ai precedenti punti sono stati determinati in base alla tavola di sopravvivenza desunta dalla tavola di mortalità denominata "IPS55", distinta in base al sesso e pubblicata dall'ANIA per questo tipo di forme assicurative sulla base delle proiezioni demografiche elaborate dall'ISTAT, applicando un tasso tecnico pari all'1,00% annuo composto posticipato.

Nel periodo di versamento dei contributi da parte dell'aderente (prima della erogazione della rendita) i coefficienti di conversione possono essere periodicamente rideterminati sulla base delle rilevazioni (osservazioni sugli andamenti) demografiche e delle condizioni finanziarie. Tale rideterminazione dei coefficienti non avrà effetto sulle rendite già in corso di erogazione.

Pertanto, i coefficienti, riportati nelle tabelle, sono validi per tutti gli aderenti che facciano richiesta della prestazione prima della eventuale sostituzione dei coefficienti medesimi.

Ogni eventuale variazione dei coefficienti verrà comunicata all'aderente.

Art. 30 – Rideterminazione dei coefficienti di conversione

La Compagnia ha la facoltà di modificare la base demografica e/o finanziaria nel corso della durata contrattuale in conformità a dati oggettivamente verificabili ed attestati dall'attuario incaricato della Compagnia.

La Compagnia provvede ad adeguare la componente demografica assunta per il calcolo dei coefficienti di conversione in rendita della somma assicurata, tenendo conto dei seguenti elementi:

- la variazione della probabilità di sopravvivenza desunta dalle rilevazioni statistiche nazionali sulla popolazione condotte dall'ISTAT o da un qualificato organismo pubblico;
- le rilevazioni statistiche condotte su portafogli assicurativi.

I limiti e le condizioni per i quali è ammessa oggettivamente la rideterminazione dei coefficienti di conversione, sono i seguenti:

- a) la rideterminazione deve avvenire dopo che siano decorsi almeno tre anni dalla data di conclusione contrattuale, per consentire una corretta applicazione del diritto di trasferibilità della posizione previdenziale;
- b) la rideterminazione è possibile per contratti per cui non ha ancora avuto inizio l'erogazione della rendita;
- c) la rideterminazione è possibile solo se la Compagnia ha comunicato all'aderente la modifica dei coefficienti di conversione almeno sessanta giorni prima dell'entrata in vigore della modifica stessa;
- d) la rideterminazione dei coefficienti non è ammessa nel triennio antecedente l'inizio di erogazione della rendita.

La rideterminazione dei coefficienti di conversione - che incide sull'ammontare della rendita erogabile - ha effetto sulla conversione della somma assicurata costitutiva della rendita derivante dai contributi corrisposti anche precedentemente la rideterminazione stessa.

In funzione degli andamenti effettivi dei mercati finanziari, fermo restando l'obbligo per la Compagnia di osservare le disposizioni delle lettere a), b) e c) di cui al precedente capoverso, la Compagnia stessa può modificare la base finanziaria (tasso di interesse garantito) unicamente con effetto sui contributi versati successivamente all'entrata in vigore della modifica.

La Compagnia si impegna a descrivere all'aderente le variazioni che intende apportare ed a trasmettere i nuovi coefficienti di conversione almeno 60 giorni prima della data di applicazione.

In caso di modifiche sfavorevoli l'aderente ha 60 giorni di tempo per richiedere il trasferimento della propria posizione e tale trasferimento sarà effettuato senza l'applicazione di alcun onere.

Art. 31 - Costi per l'erogazione della rendita

Il costo per le spese di amministrazione e di erogazione della rendita vitalizia è pari all'1,25% della rendita stessa. Nella fase di erogazione della rendita, come successivamente indicato nell'Art. 33 "Modalità di rivalutazione annuale della rendita assicurata" la compagnia trattiene dal rendimento annuo realizzato dalla Gestione Speciale "Remunera Più Previdenza" una commissione dell'1,00%.

Art.32 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni dell'aderente devono essere esatte e complete. L'inesatta dichiarazione della data di nascita dell'aderente e/o dell'eventuale Reversionario di cui all'Art. 27 comporta in ogni caso la rettifica, in base alle età reali, della rendita assicurata.

Art. 33 – Clausola di rivalutazione della rendita

La Compagnia gestisce le attività a copertura degli impegni assunti (Riserve Matematiche) attraverso la Gestione Speciale denominata Remunera Più Previdenza, le cui caratteristiche sono dettagliatamente indicate alla sezione "Informazioni sull'andamento della gestione" della Nota Informativa.

La Compagnia riconosce una rivalutazione annua delle prestazioni in base alle condizioni che seguono.

Il rendimento annuale della gestione interna separata viene determinato con le modalità indicate all'Art.3 del regolamento di Remunera Più Previdenza.

Il rendimento del Fondo a Gestione Separata Remunera Più Previdenza utilizzato ai fini del calcolo della misura di rivalutazione da attribuire nella fase di erogazione della rendita è quello conseguito nei dodici mesi che precedono l'inizio del terzo mese antecedente quello nel quale cade l'anniversario di decorrenza della rendita come definita all'Art. 27. Il rendimento attribuito si ottiene sottraendo al rendimento annuo del Fondo a Gestione Separata Remunera Più Previdenza un'aliquota dell'1,00%.

La misura annua di rivalutazione si ottiene scontando, per il periodo di un anno, al tasso tecnico già conteggiato nel calcolo del coefficiente di conversione e pari attualmente all'1,00%, la differenza - se positiva - fra il rendimento attribuito ed il tasso tecnico stesso.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza come definita all'Art. 27 la rendita annua viene incrementata di un importo pari al prodotto della rendita in vigore all'anniversario immediatamente precedente per la misura annua di rivalutazione.

L'incremento di rendita maturato per effetto della rivalutazione ad ogni ricorrenza annuale è definitivamente riconosciuto al contratto (consolidamento) di anno in anno, incrementa la rendita assicurata in vigore e costituisce la base per le future rivalutazioni.

Art. 34 - Coefficienti di conversione in rendita

I coefficienti di conversione in rendita del valore capitale maturato, attualmente in vigore, sono riportati nell'allegato 1 delle Condizioni generali di Contratto.

ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Art. 35 – Beneficiari

Sulla base di quanto indicato dal D.Lgs.252/20005 l'aderente ha il diritto a percepire la prestazione pensionistica così come illustrata all'Art. 27., in caso di decesso dello stesso prima che sia maturato il diritto alla prestazione pensionistica, la posizione individuale raggiunta a quella data è riscattata dagli eredi dell'aderente.

I Beneficiari delle coperture complementari coincidono, sia in caso di vita che in caso di decesso dell'aderente, con quelli della prestazione pensionistica base.

Art. 36 - Pagamenti della Compagnia

Ogni richiesta di liquidazione deve essere inviata alla Compagnia corredata dai seguenti documenti:

Per la liquidazione della prestazione pensionistica

- copia di un documento di riconoscimento valido, riportante i dati anagrafici dell'aderente;
- autocertificazione dell'aderente nella quale dichiara il possesso dei requisiti richiesti per l'ottenimento della prestazione pensionistica;
- documento comprovante l'esistenza in vita dell'aderente (anche in forma di autocertificazione) da esibire con periodicità annuale;
- eventuale dichiarazione dell'aderente nella quale venga indicata la quota del valore capitale di cui si intenda ottenere la liquidazione in forma di capitale;
- dichiarazione sottoscritta dall'aderente nella quale venga indicata l'eventuale opzione in rendita prescelta, tra quelle previste al precedente art. 27, in alternativa all'erogazione di una rendita annua vitalizia rivalutabile;
- dichiarazione sottoscritta dall'aderente con l'indicazione della denominazione dell'Istituto Bancario, codice IBAN dell'aderente. In caso di variazione del conto corrente bancario l'aderente dovrà darne comunicazione alla Compagnia con almeno tre mesi di anticipo rispetto alla data di corresponsione della rata di rendita.

In caso di decesso dell'aderente

- consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dai Beneficiari in caso di decesso (D.Lgs. 196/2003);
- originale della Proposta-Certificato ed eventuali appendici;
- dati anagrafici -fiscali dei Beneficiari e loro coordinate bancarie sottoscritte in originale (nome, cognome, codice fiscale, Banca, codice IBAN di ciascun Beneficiario ovvero modalità alternativa di liquidazione richiesta da ogni Beneficiario);
- copia di un valido documento di identità dei Beneficiari;
- certificato di morte dell'aderente (in originale);
- dichiarazione sostitutiva, in originale, dell'atto di notorietà che attesti la non esistenza di testamento dell'aderente e riporti l'indicazione degli eredi legittimi (se sono i Beneficiari indicati in contratto) o atto notorio;
- copia autentica del testamento, se esistente;
- copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione in caso di Beneficiario minorenne o incapace;
- documentazione attestante la causa del decesso, come indicato nell'allegato 1 al fascicolo contrattuale, nel caso sia stata sottoscritta la copertura complementare in caso di decesso.

In considerazione di particolari esigenze istruttorie la Compagnia può richiedere:

- documentazione clinica sanitaria;
- eventuale giornale che riporti la dinamica dell'incidente;
- risultanze di eventuali indagini giudiziarie .

Inoltre, i Beneficiari devono consentire alla Compagnia di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

In caso di anticipazioni

- richiesta di anticipazione sottoscritta in originale dall'aderente;
- copia di un valido documento di identità dell'aderente;
- codice fiscale dell'aderente.

A seconda del motivo della richiesta di anticipazione la stessa va integrata con la seguente documentazione:

Spese sanitarie per terapie ed interventi straordinari per l'aderente o per i familiari a carico:

- certificazione della competente struttura del SSN che attesti il carattere straordinario della terapie o dell'intervento;
- se le spese sono sostenute nell'interesse di un familiare , autocertificazione che questi è a carico dell'aderente;
- fatture o ricevute fiscali attestanti gli oneri sostenuti;

- in casi di provata necessità ed urgenza ed in caso di richiesta di anticipazione prima della terapia o dell'intervento, salvo conguaglio finale, attestazione dell'entità della spesa rilasciata dalla struttura pubblica competente.

Le certificazioni rilasciate dalle strutture pubbliche non negano all'aderente la possibilità di rivolgersi ad una struttura privata.

Acquisto della prima casa per l'aderente o per i figli:

- copia dell'atto notarile o del compromesso nel caso di acquisto da terzi;
- certificazione attestante il possesso della quota in caso di acquisto in cooperativa;
- copia della concessione edilizia e del titolo di proprietà del terreno in caso di costruzione in proprio;
- dichiarazione attestante la destinazione a prima casa;
- nel caso di acquisto per i figli certificato di stato di famiglia che attesti la parentela.

Nel caso sia stato consegnato l'atto di compromesso, andrà prodotto entro sei mesi dall'anticipazione l'atto notarile di acquisto e certificato di residenza che attesti che l'abitazione è effettivamente adibita a prima abitazione.

Nel caso di costruzione in proprio vanno inoltre presentati sia la concessione edilizia che le fatture relative alle spese di costruzione così come previsto dalla normativa fiscale.

Ristrutturazione della prima casa dell'aderente:

- dichiarazione che attesti la proprietà dell'immobile a titolo di prima abitazione;
- comunicazione riguardante la data di inizio dei lavori con indicati i dati catastali identificativi dell'immobile;
- le autorizzazioni amministrative previste dalla normativa vigente per l'esecuzione dei lavori: denuncia inizio attività, autorizzazione o la concessione;
- copia della deliberazione condominiale e della tabella millesimale di ripartizione delle spese in caso di lavori su parti comuni dell'edificio;
- fatture o ricevute fiscali per le spese sostenute.

Gli interventi ammessi sono quelli di cui all'articolo 3, comma 1, lettere a),b),c),d) del DPR 380/2001:

- interventi di manutenzione ordinaria;
- interventi di manutenzione straordinaria;
- interventi di restauro e di risanamento conservativo;
- interventi di ristrutturazione edilizia.

Nel caso di anticipazioni richieste per "ulteriori esigenze dell'aderente" non va prodotta alcuna documentazione giustificativa.

In caso di riscatto parziale

- richiesta di riscatto sottoscritta in originale dall'aderente. Nella richiesta deve essere esplicitamente indicato il valore che si intende riscattare, al lordo della tassazione;
- certificato di esistenza in vita, ovvero autocertificazione di esistenza in vita;
- documentazione comprovante il diritto dell'aderente ad avvalersi della facoltà di riscatto parziale;
- copia di un valido documento di identità dell'aderente;
- codice fiscale dell'Aderente;
- coordinate bancarie dell'Aderente per le operazioni di accredito (Banca, codice IBAN, ovvero indicazione delle modalità alternative dell'accredito). Le modalità di liquidazione devono essere sottoscritte in originale dall'aderente.

In caso di riscatto totale

- richiesta di riscatto sottoscritta in originale dall'aderente;
- documentazione comprovante il diritto dell'aderente di avvalersi della facoltà di riscatto totale;
- certificato di esistenza in vita dell'aderente ovvero autocertificazione di esistenza in vita;
- originale della Proposta-Certificato ed eventuali appendici;
- copia di un valido documento di identità dell'aderente;

- codice fiscale dell'aderente;
- coordinate bancarie dell'aderente per le operazioni di accredito (Banca, codice IBAN, ovvero indicazione delle modalità alternative dell'accredito). Le modalità di liquidazione devono essere sottoscritte in originale dall'aderente.

In caso di richiesta di trasferimento ad un altro PIP o ad un Fondo Pensione

- certificato di esistenza in vita dell'aderente;
- originale della Proposta-Certificato ed eventuali appendici;
- richiesta di trasferimento sottoscritta in originale dall'aderente;
- copia di un valido documento di identità dell'aderente;
- codice fiscale dell'aderente;
- coordinate bancarie della nuova forma pensionistica complementare (Banca, codice IBAN). Le coordinate bancarie devono essere sottoscritte in originale dall'aderente;
- documentazione comprovante la nuova attività dell'aderente e la forma pensionistica ad essa connessa, qualora il trasferimento della posizione individuale sia effettuato al Fondo Pensione al quale l'aderente ha facoltà di accesso in relazione ad una nuova attività lavorativa.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

Le richieste di liquidazione, corredate della documentazione sopra indicata, devono essere consegnate allo sportello della banca con cui è stato stipulato il contratto, ovvero inviate alla Compagnia a mezzo raccomandata A/R.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta completa di tutta la documentazione sopra riportata (ovvero dalla data di ricevimento presso la filiale interessata, se anteriore). Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dei beneficiari. Gli interessi sono calcolati a partire dal giorno in cui la Compagnia è entrata in possesso della documentazione completa.

Art. 37 - Duplicato della proposta-certificato

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione dell'esemplare della Proposta-Certificato dell'aderente, lo stesso o gli aventi diritto, possono ottenerne un duplicato, a proprie spese e responsabilità, facendone richiesta alla Compagnia.

Art. 38 – Valuta

Gli impegni contrattuali, i versamenti e le prestazioni assicurative, sono regolati in Euro.

Art. 39 - Tasse ed imposte

Tasse ed imposte relative al presente contratto sono a carico dell'aderente e dei Beneficiari ed aventi diritto.

Art. 40 - Foro competente

Per le controversie relative al contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Consumatore (aderente o Beneficiari).

Art. 41 - Non pignorabilità –non sequestrabilità – non cedibilità

Ai sensi dell'articolo 11, comma 10, del D.Lgs. 252/2005 le posizioni individuali costituite presso le forme pensionistiche complementari nella fase di accumulo sono intangibili.

Le prestazioni pensionistiche in capitale e rendita e le anticipazioni per spese sanitarie di cui all'articolo 10, comma 7, lettera a) del D.Lgs.252/2005 sono sottoposte agli stessi limiti di cedibilità, sequestrabilità e pignorabilità in vigore per le prestazioni nel regime pensionistico di base. I crediti relativi alle somme oggetto di riscatto totale e parziale e le somme oggetto di anticipazione per l'acquisto o ristrutturazione della prima casa o per ulteriori esigenze dell'aderente di cui all'articolo 10, comma 7, lettere b) e c) del D.Lgs.252/2005 non sono assoggettate ad alcun vincolo di cedibilità, sequestrabilità e pignorabilità.

Art. 42 - Informativa

A seguito del versamento del contributo di perfezionamento, la Compagnia provvede ad inviare all'aderente, entro 10 giorni lavorativi dall'epoca di conversione, una "Lettera Contrattuale di Conferma" dell'avvenuto investimento, contenente le seguenti informazioni:

- il percorso di investimento e la ripartizione dei contributi tra i quattro Fondi disponibili scelti dall'aderente alla sottoscrizione della Proposta-Certificato;
- il contributo iniziale lordo versato;
- l'importo investito;
- la data di conclusione del contratto e quella di decorrenza delle coperture assicurative;
- i dettagli riguardanti la modalità di conversione in Quote del contributo versato (numero Quote attribuite, valore unitario della quota, epoca di conversione);
- dettagli concernenti le eventuali coperture complementari sottoscritte.

Analoga informativa e con la stessa tempistica, viene inviata all'aderente per ognuno degli eventuali versamenti aggiuntivi effettuati.

Sono inoltre previste le comunicazioni riportate nella sezione "comunicazione agli iscritti" della Nota Informativa.

Art. 43 – Comunicazioni dell'aderente alla Compagnia

L'anzianità di iscrizione che l'aderente abbia maturato presso altre forme pensionistiche è riconosciuta, a tutti gli effetti, ai fini dell'anzianità maturata all'interno del PIP. Eventuali modifiche legislative o di professione dell'aderente incidenti sulla determinazione dell'età pensionabile possono comportare la rideterminazione della durata contrattuale. E' onere dell'aderente dare avviso scritto alla Compagnia (a mezzo lettera raccomandata A/R, ovvero presso lo sportello della Banca presso cui è stato stipulato il contratto) della modifica intervenuta almeno 60 giorni prima dell'anniversario contrattuale (o termine della fase di accumulo) da cui la modifica deve produrre effetto.

Almeno 60 giorni prima del proprio pensionamento, l'aderente deve darne avviso scritto allo sportello della Banca presso cui ha stipulato il contratto, ovvero a mezzo lettera raccomandata A/R inviata alla Compagnia.

Se l'aderente non ha usufruito o non intende usufruire della deduzione fiscale, deve comunicare alla Compagnia, entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello del versamento del contributo o, se antecedente, alla data in cui sorge il diritto alla prestazione, l'importo del contributo non dedotto o che non sarà dedotto in sede di dichiarazione dei redditi. In tal caso, il suddetto importo non concorrerà a formare la base imponibile per l'imposta gravante sulla prestazione al momento della sua erogazione.

In mancanza di detta comunicazione la Compagnia, senza obbligo di avviso all'aderente, considera i contributi dedotti fino all'importo massimo consentito dalla normativa.

REGOLAMENTO DEL FONDO REMUNERA PIÙ PREVIDENZA

Art. 1

Viene attuata una forma di Gestione Speciale degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Compagnia, denominata Remunera Più Previdenza (nel seguito Fondo). Nel Fondo selezionato confluiscono esclusivamente i contributi versati dagli aderenti ai Piani Individuali Pensionistici di tipo Assicurativo, a decorrere dal primo versamento effettuato. Il Fondo costituisce un patrimonio separato ed autonomo, non distraibile dalla finalità previdenziale alla quale è destinato ai sensi dell'articolo 13 comma 3 del d.lgs 252/2005.

Il valore delle attività gestite non può essere inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per i prodotti assicurativi che prevedono una Clausola di Rivalutazione legata al rendimento del Fondo.

Il Fondo è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo con la Circolare n. 71 del 26 marzo 1987 e si atterrà ad eventuali successive disposizioni.

Art. 2

Il Fondo è annualmente sottoposto a verifica da parte di una Società di Revisione iscritta all'albo di cui all'art. 161 del D. Lgs. 24/2/1998 n. 58, la quale attesta la rispondenza al presente Regolamento. In particolare, sono verificati la corretta valutazione delle attività attribuite al Fondo, il rendimento di periodo del Fondo, e l'adeguatezza dell'ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Compagnia sulla base delle Riserve Matematiche.

Art. 3

Il rendimento di periodo del Fondo viene calcolato al termine di ciascun mese di calendario con riferimento ai 12 mesi di calendario precedenti, riportando il risultato finanziario del Fondo di competenza di quel periodo, al valore medio del Fondo nello stesso periodo. Per risultato finanziario del Fondo si intendono i proventi finanziari di competenza del periodo considerato – compresi gli utili e le perdite di realizzo per la quota di competenza del Fondo – al lordo delle ritenute di acconto fiscali ed al netto delle spese specifiche degli investimenti, dettagliatamente elencate nel Fascicolo informativo.

Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore d'iscrizione delle corrispondenti attività nel Fondo, cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nel Fondo, per i beni già di proprietà della Compagnia.

Per valore medio del Fondo nel periodo considerato, si intende la somma della giacenza media nel periodo stesso dei depositi in numerario presso gli Istituti di Credito, della consistenza media nel periodo degli investimenti in titoli e della consistenza media nel periodo di ogni altra attività nel Fondo.

La consistenza media nel periodo dei titoli e delle altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione nel Fondo.

Ai fini della determinazione del rendimento annuo del Fondo l'esercizio relativo alla verifica coincide con l'anno solare.

Art. 4

La Compagnia si riserva di modificare il regolamento del Fondo a seguito di mutamenti dell'attuale legislazione ovvero per ottemperare ad indicazioni dell'Autorità di Vigilanza.

Art. 5

La valuta di riferimento è l'Euro.

Art. 6

L'aderente ha facoltà di richiedere in qualsiasi momento un prospetto aggiornato della ripartizione delle attività che compongono il Fondo.

REGOLAMENTO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Art. 1 – Istituzione dei Fondi Interni

La Compagnia ha istituito e controlla, secondo le modalità previste dal presente Regolamento, la gestione di un portafoglio di strumenti finanziari suddivisi e diversificati in tre Fondi Interni assicurativi denominati: Previ Misurato, Previ Dinamico, Previ Brioso.

Nel Fondo selezionato confluiscono esclusivamente i contributi versati dagli aderenti ai Piani Individuali Pensionistici di tipo Assicurativo, a decorrere dal primo versamento effettuato. I capitali conferiti al Fondo prescelto sono investiti dalla compagnia nel rispetto degli obiettivi della gestione e della composizione degli attivi, coerentemente con il *benchmark* di riferimento e lo stile di gestione indicato.

Ogni Fondo, distinto da quello della Compagnia nonché da ogni altro Fondo gestito dalla stessa, costituisce un patrimonio separato ed autonomo, non distraibile dalla finalità previdenziale alla quale è destinato ai sensi dell'articolo 13 comma 3 del d.lgs 252/2005.

E' prevista la possibilità di fusione con altri Fondi Interni della Compagnia. La fusione potrà avvenire soltanto tra Fondi Interni aventi caratteristiche simili. La Compagnia comunicherà all'aderente le cause della fusione, le modalità operative di realizzazione e gli effetti per l'aderente.

Art. 2 – Obiettivi, caratteristiche e criteri di investimento dei Fondi Interni

La gestione di ciascuno dei Fondi e l'attuazione delle politiche di investimento competono alla Compagnia, che vi provvede attuando una gestione professionale del patrimonio. In particolare, la Compagnia, nell'ottica di una più efficiente gestione di ciascun Fondo Interno, conferisce al Banco di Desio e della Brianza S.p.A. delega gestionale delle attività che compongono il Fondo stesso al fine di avvalersi, nell'attività sistematica di definizione dell'asset allocation, della specifica professionalità del gestore. Tale delega non implica alcun esonero o limitazione delle responsabilità della Compagnia, la quale esercita un costante controllo sulle operazioni poste in essere dal soggetto delegato.

E' prevista la possibilità di investire in parti di OICR emessi, promossi o gestiti da imprese appartenenti al gruppo di appartenenza della Compagnia o da imprese legate alla stessa da rapporti di affari. E' prevista la possibilità di investire in altri strumenti finanziari emessi da società del gruppo di cui fa parte la Compagnia.

I Fondi sono ad accumulazione e quindi l'incremento del valore delle Quote non viene distribuito, ma reinvestito nei Fondi stessi.

Per ciascun Fondo è prevista la possibilità di depositare temporanee giacenze di liquidità sul conto corrente al servizio della gestione.

Ciascun Fondo interno investe gli attivi prevalentemente:

- **quanto agli strumenti finanziari:** titoli di Stato, obbligazioni, titoli normalmente negoziati sul mercato monetario, azioni e titoli collegati, strumenti finanziari emessi da organismi di investimento collettivo assoggettati alle disposizioni delle direttive dell'UE, non assoggettati alle disposizioni delle direttive comunitarie aventi sede in Stati appartenenti all'OCSE, emessi da organismi di investimento collettivo aventi sede in tutti gli altri Stati (fondi, SICAV, ETF);
- **quanto alle divise:** divise nazionali degli Stati dell'Unione Europea, dollari USA, Yen, divise degli altri Stati appartenenti all'OCSE, divise di tutti gli altri Paesi;
- **quanto ai mercati:** negoziati in un mercato appartenente all'Unione Europea, negoziati nei mercati degli Stati appartenenti all'OCSE, non negoziati in alcun mercato;

- **quanto agli emittenti:** emessi o garantiti da Stati appartenenti all'OCSE o emessi da enti internazionali di carattere pubblico, emessi o garantiti da Stati non appartenenti all'OCSE. Per i titoli di debito emessi da altri emittenti, se non negoziati in un mercato regolamentato di uno Stato appartenente all'OCSE, è richiesto il rating minimo "BB" assegnato da agenzie indipendenti internazionali.

I Fondi Interni non impiegano direttamente strumenti finanziari derivati, ma possono investire in OICR che a loro volta investono in strumenti finanziari derivati.

La Società investe, comunque, il patrimonio del Fondo nel rispetto dei limiti posti dal D.Lgs. n. 174 del 17/03/95, dal provvedimento ISVAP n. 981 G del 16/09/98 e dalla Circolare ISVAP n. 474 D del 21/02/02 e dalla Circolare ISVAP n. 551 D del 1/03/05 parte III ed eventuali successive modifiche ed integrazioni.

La Compagnia ha individuato un parametro oggettivo di riferimento (benchmark) con il quale confrontare il rendimento dei Fondi Interni. In particolare ha individuato un benchmark di tipo obbligazionario e uno di tipo azionario.

Gli indici che compongono i suddetti benchmark e il loro peso percentuale sono i seguenti:

INDICI OBBLIGAZIONARI COMPONENTI IL BENCHMARK OBBLIGAZIONARIO	Peso
MERRIL LYNCH EMU Direct Govt Index 3-5 Y Eur	35,00%
JP MORGAN Gbi Global Eur	25,00%
MERRIL LYNCH EMU Corporate Index Eur	25,00%
JP MORGAN Ecu/Euro 3 Mo Idx Lcl	15,00%

INDICE AZIONARIO COMPONENTE IL BENCHMARK AZIONARIO	Peso
MSCI World Eur	100,00%

Si riporta di seguito una breve descrizione degli indici che compongono il benchmark:

MERRILL LYNCH EMU Direct Govt Index 3-5 Y Eur

Merrill Lynch EMU Direct Government Index 3-5 anni: è un indice a capitalizzazione che comprende i titoli di stato emessi dai Governi dei Paesi appartenenti all'Unione Monetaria Europea (area Euro), con una vita residua compresa fra 3 e 5 anni ed aventi un ammontare emesso di almeno 1 miliardo di Euro. Il peso attribuito a ciascun titolo è proporzionale all'effettiva capitalizzazione di mercato. *Per le sue caratteristiche l'indice rappresenta il rendimento dei titoli obbligazionari governativi in Euro, tenuto conto delle cedole maturate e dei movimenti in termini di prezzo.* Il paniere di riferimento viene aggiornato mensilmente ed è disponibile dal 31 dicembre 1985.

JP MORGAN Gbi Global Eur

JP Morgan Government Bond Index Global in Euro: è un indice a capitalizzazione che comprende i titoli di stato emessi dai Governi di 13 Paesi sviluppati (Australia, Belgio, Canada, Danimarca, Francia, Germania, Italia Giappone, Olanda, Spagna, Svezia, Regno Unito, Stati Uniti d'America). Vengono compresi solo i titoli a tasso fisso effettivamente negoziati e maggiormente liquidi, con più di un anno di vita residua, ad esclusione dei titoli perpetui. Il peso attribuito a ciascun titolo è proporzionale all'effettiva capitalizzazione di mercato. *Per le sue caratteristiche l'indice rappresenta il rendimento per l'investitore in Euro dei titoli obbligazionari governativi internazionali, tenuto conto delle cedole maturate e dei movimenti in termini di prezzo e di valuta.* Il paniere di riferimento viene aggiornato mensilmente ed è disponibile dal 31 dicembre 1987.

MERRILL LYNCH EMU Corporate Index Eur

Merrill Lynch EMU Corporate Index in Euro: è un indice a capitalizzazione che comprende i titoli obbligazionari a tasso fisso emessi da aziende aventi rating investment grade secondo le agenzie Moody's (da Aaa ad Baa3) e S&P (da AAA ad BBB-). Sono compresi solo i titoli con vita residua superiore ad 1 anno ed ammontare emesso di almeno 100 milioni di Euro. Il peso attribuito a ciascun titolo è proporzionale all'effettiva capitalizzazione di mercato. *Per le sue caratteristiche l'indice rappresenta il rendimento dei titoli obbligazionari*

corporate investment grade in Euro, tenuto conto delle cedole maturate e dei movimenti in termini di prezzo. Il paniere di riferimento viene aggiornato mensilmente ed è disponibile dal 31 dicembre 1995.

JP MORGAN Emu 3 Month Cash

JP Morgan EMU 3 Month Cash Index in Euro: è un indice che rappresenta il rendimento del mercato dei depositi in Eurovalute a maturità costante (tre mesi), calcolati quotidianamente dalla British Bankers Association. Riflette l'andamento della redditività del mercato monetario dei Paesi appartenenti all'Unione Monetaria Europea (area Euro). L'indice è disponibile dal 1999.

MSCI World Index in Euro

Morgan Stanley Capital International World Index in Euro: è un indice a capitalizzazione che comprende i titoli azionari quotati nelle borse di 23 Paesi (Australia, Austria, Belgio, Canada, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Hong Kong, Ireland, Italy, Giappone, Olanda, Nuova Zelanda, Norvegia, Portogallo, Singapore, Spagna, Svezia, Svizzera, Regno Unito e Stati Uniti d'America). Il peso di ciascun titolo all'interno dell'indice viene calcolato in funzione della capitalizzazione e della liquidità. I titoli così selezionati rappresentano circa l'85% di ciascun settore e l'85% circa del mercato di riferimento. Per le sue caratteristiche l'indice rappresenta il rendimento per l'investitore in Euro dei principali indici azionari internazionali, tenuto conto dei movimenti in termini di prezzo e di valuta. Il paniere di riferimento viene aggiornato mensilmente ed è disponibile dal 1969.

Il profilo di rischio dei Fondi Interni dipende da:

- composizione percentuale del Fondo nelle sue componenti azionarie e obbligazionarie;
- volatilità del prezzo di mercato registrato quotidianamente delle singole componenti;
- molteplicità di fattori che possono incrementare o diminuire la rischiosità dell'investimento.

Per quanto riguarda la volatilità delle quote del Fondo, la seguente legenda associa a tale volatilità un profilo di rischio:

Indice di volatilità	Profili di rischio del Fondo Interno
Sino a 2,90%	Basso
da 3% a 7,90%	Medio basso
da 8% a 13,90%	Medio
da 14% a 19,90%	Medio alto
da 20% a 24,90%	Alto
da 25% ed oltre	Molto alto

Avendo presente i fattori sopra citati i profili di rischio attribuiti ai Fondi sono riassunti nella tabella seguente:

Fondi Interni	Profili di rischio del Fondo Interno
Previ Misurato	Basso
Previ Dinamico	Medio
Previ Brioso	Alto

Ciascun Fondo è denominato in Euro.

Inoltre, ciascun Fondo è assoggettato alle disposizioni delle direttive dell'Unione Europea.

Art. 3 - Partecipanti al Fondo Interno Assicurativo

A ciascun Fondo Interno Assicurativo possono partecipare sia le persone fisiche che le persone giuridiche, mediante la sottoscrizione di un contratto espresso in Quote del Fondo Interno Assicurativo prescelto.

Art. 4 - Criteri di investimento, scopo e rischio del Fondo Interno Assicurativo Previ Misurato

Previ Misurato è un Fondo Interno Assicurativo predisposto da Chiara Vita per chi è disposto ad accettare una crescita moderata del capitale nel medio periodo pur di limitare significativamente l'esposizione del proprio investimento alla volatilità del valore unitario delle Quote.

La sua composizione è prevalentemente orientata a strumenti di tipo obbligazionario rispetto a strumenti finanziari di tipo azionario; quelli ultimi sono presenti mediamente per il 10% ed in misura non superiore al 20%.

Resta comunque ferma per la Compagnia la facoltà di detenere una parte del patrimonio del fondo in disponibilità liquide e, più in generale, la facoltà di assumere in relazione all'andamento dei mercati finanziari o ad altre specifiche congiunturali, scelte per la tutela dell'interesse dei partecipanti.

L'orizzonte temporale di investimento consigliato è di almeno 5 anni.

Profilo di rischio: avendo presente la volatilità delle quote del Fondo degli ultimi 3 anni, la composizione percentuale del Fondo nelle sue componenti azionarie e obbligazionarie e la molteplicità di fattori che possono incrementare o diminuire la rischio dell'investimento, il profilo di rischio attribuito al Fondo Previ Misurato è basso.

La Compagnia ha individuato un parametro oggettivo di riferimento (benchmark) con il quale confrontare il rendimento del Fondo Interno.

Tale benchmark è composto per il 90% dal benchmark di tipo obbligazionario e per il 10% dal benchmark di tipo azionario descritti all'Art.2..

Art. 5 - Criteri di investimento, scopo e rischio del Fondo Interno Assicurativo Previ Dinamico

Previ Dinamico è un Fondo Interno Assicurativo predisposto da Chiara Vita per chi è disposto ad accettare una crescita moderata del capitale nel medio periodo, con una media esposizione alla volatilità del valore unitario delle Quote.

La sua composizione è prevalentemente orientata a strumenti finanziari di tipo obbligazionario rispetto a strumenti finanziari di tipo azionario; questi ultimi sono presenti mediamente per il 35%, in misura non inferiore al 20% e non superiore al 50%.

Resta comunque ferma per la Compagnia la facoltà di detenere una parte del patrimonio del fondo in disponibilità liquide e, più in generale, la facoltà di assumere in relazione all'andamento dei mercati finanziari o ad altre specifiche congiunturali, scelte per la tutela dell'interesse dei partecipanti.

L'orizzonte temporale di investimento consigliato nel Fondo Interno Assicurativo Previ Dinamico è di almeno 10 anni.

Profilo di rischio: avendo presente la volatilità delle quote del Fondo degli ultimi 3 anni, la composizione percentuale del Fondo nelle sue componenti azionarie e obbligazionarie e la molteplicità di fattori che possono incrementare o diminuire la rischio dell'investimento, il profilo di rischio attribuito al Fondo Previ Dinamico è medio.

La Compagnia ha individuato un parametro oggettivo di riferimento (benchmark) con il quale confrontare il rendimento del Fondo Interno.

Tale benchmark è composto per il 65% dal benchmark di tipo obbligazionario e per il 35% dal benchmark di tipo azionario descritti all'Art.2..

Art. 6 - Criteri di Investimento, scopo e rischiosità del Fondo Interno Assicurativo Previ Brioso

Previ Brioso è un Fondo Interno Assicurativo predisposto da Chiara Vita per chi desidera ottenere rendimenti potenzialmente elevati pur accettando un'alta volatilità del valore unitario delle Quote.

La sua composizione è prevalentemente bilanciata tra strumenti finanziari di tipo obbligazionario e strumenti finanziari di tipo azionario; questi ultimi sono presenti mediamente per il 65%, in misura non inferiore al 50% e non superiore all'80%.

Resta comunque ferma per la Compagnia la facoltà di detenere una parte del patrimonio del fondo in disponibilità liquide e, più in generale, la facoltà di assumere in relazione all'andamento dei mercati finanziari o ad altre specifiche congiunturali, scelte per la tutela dell'interesse dei partecipanti.

L'orizzonte temporale di investimento consigliato nel Fondo Interno Assicurativo Previ Brioso è di almeno 15 anni.

Profilo di rischio: avendo presente la volatilità delle quote del Fondo degli ultimi 3 anni, la composizione percentuale del Fondo nelle sue componenti azionarie e obbligazionarie e la molteplicità di fattori che possono incrementare o diminuire la rischiosità dell'investimento, il profilo di rischio attribuito al Fondo Previ Brioso è alto.

La Compagnia ha individuato un parametro oggettivo di riferimento (benchmark) con il quale confrontare il rendimento del Fondo Interno.

Tale benchmark è composto per il 35% dal benchmark di tipo obbligazionario e per il 65% dal benchmark di tipo azionario descritti all'Art.2..

Art. 7 - Regime delle spese dei Fondi Interni Assicurativi

Su ciascun Fondo gravano le seguenti spese:

I una spesa annuale di gestione di ciascun Fondo Interno a favore della Compagnia per il servizio di Asset Allocation e per l'amministrazione del contratto. Tale spesa, espressa in percentuale del patrimonio complessivo netto di ciascun Fondo, su base annua, e calcolata settimanalmente sul patrimonio netto del Fondo stesso, è riportata nella tabella seguente:

Fondo	Spesa di gestione
Previ Misurato	1,0%
Previ Dinamico	1,5%
Previ Brioso	2,0%

II gli eventuali oneri di intermediazione inerenti alla compravendita di valori oggetto di investimento (OICR,ETF, valori mobiliari ecc);

III le spese e le commissioni bancarie dirette inerenti le operazioni sulle disponibilità dei Fondi;

IV sono inoltre a carico del comparto, per quanto di competenza, le imposte e tasse, le spese legali e giudiziarie sostenute nell'esclusivo interesse del Fondo e gli oneri di negoziazione derivanti dall'attività di impiego delle risorse, nonché il "contributo di vigilanza" dovuto annualmente alla COVIP ai sensi di legge; sono altresì a carico le spese relative alla remunerazione e allo svolgimento dell'incarico del Responsabile PIP, salva diversa decisione della compagnia.

Sul comparto non vengono fatti gravare spese e diritti di qualsiasi natura relativi alla sottoscrizione e al rimborso delle parti di OICR acquistati, né le commissioni di gestione applicate dall'OICR stesso, salvo i casi di deroga previsti dalla COVIP in apposite istruzioni di carattere generale.

Gli oneri di ingresso e di uscita sono pari a zero.

Art. 8 - Valore Unitario delle Quote e Relativa Pubblicazione

Il valore unitario delle Quote di ciascun Fondo Interno Assicurativo è determinato troncando alla terza cifra decimale il rapporto tra l'ammontare complessivo degli investimenti di ogni Fondo, al netto della spese di cui al precedente articolo 7, per il numero di Quote riferite allo stesso Fondo.

Per il calcolo settimanale del valore unitario delle Quote di ciascun Fondo si fa riferimento agli ultimi prezzi o valori di mercato disponibili rispetto al giorno di valorizzazione.

Al fine della determinazione delle posizioni individuali è comunque previsto il calcolo del valore delle quote alla fine di ciascun mese solare.

In caso di eventi di rilevanza eccezionale per i Fondi Interni e/o di turbativa dei mercati che abbiano come effetto la sospensione della quotazione di uno o più strumenti finanziari, che rappresentino una parte sostanziale degli attivi di una linea di gestione, la compagnia si riserva la facoltà di sospendere il calcolo del NAV del fondo interno per un termine non superiore a due settimane.

Per eccezionali eventi di turbativa si intendono sospensioni e restrizioni di mercati, interruzioni delle telecomunicazioni o dei sistemi di calcolo, impossibilità di rimpatriare i Fondi al fine di effettuare pagamenti, che pregiudichino la valorizzazione degli investimenti dei singoli strumenti finanziari.

Le plusvalenze dei Fondi Comuni Italiani sono tassate quotidianamente secondo il criterio della competenza, mentre le plusvalenze relative a comparti di SICAV vengono assoggettate ad imposizione fiscale soltanto al momento del loro realizzo. Quindi:

-il valore delle SICAV è valutato al lordo da qualsiasi tipo di imposizione fiscale e non prevede l'accumulo di crediti di imposta, nei confronti degli aderenti ai Fondi;

-il valore dei Fondi Comuni Italiani è valutato al netto dell'imposizione fiscale del 12,50% sulle plusvalenze maturate. Il credito di imposta rinveniente da tali plusvalenze viene accreditato dalla Compagnia al Fondo stesso.

Per quanto attiene invece all'imposizione fiscale sui proventi derivanti da interessi maturati su liquidità depositata sul conto corrente al servizio della gestione, i crediti di imposta sono a beneficio degli aderenti ai Fondi Interni. Più precisamente, le modalità di calcolo dei crediti di imposta sono conformi alla vigente normativa; detti crediti sono calcolati ed accreditati settimanalmente, con eventuale conguaglio su base trimestrale, al ricevimento degli estratti conto bancari indicanti gli interessi di conto corrente effettivamente maturati.

Art. 9 - Revisione Contabile

Ciascun Fondo Interno Assicurativo è annualmente sottoposto a verifica contabile da parte della Società di Revisione

Pricewaterhouse Coopers S.p.a.

Via Monte Rosa 91

20149 Milano

iscritta all'Albo Speciale di cui al Decreto Legislativo n. 58 del 24/02/1998, che attesta la rispondenza di ogni Fondo Interno Assicurativo al presente Regolamento e certifica l'adeguatezza delle attività gestite rispetto agli impegni assunti, sulla base delle Riserve Matematiche e la valorizzazione delle Quote.

Annualmente, alla chiusura di ogni esercizio, la Compagnia redige il rendiconto della gestione di ciascun Fondo Interno Assicurativo; tale rendiconto, insieme alla relazione di certificazione predisposta dalla Società di Revisione, è a disposizione dell'aderente presso la sede della Compagnia dal primo aprile di ciascun anno con riferimento all'esercizio precedente.

Art. 10 - Modifiche relative ai Fondi

La Compagnia si riserva di apportare al presente Regolamento quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito dei cambiamenti della normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali, con esclusione di quelle meno favorevoli per l'aderente. Tali modifiche verranno trasmesse all'Organo di Vigilanza competente., con evidenza degli effetti sugli Assicurati, e comunicate all'aderente stesso. E' fatto, comunque, salvo il diritto di recesso dell'aderente ai sensi e per gli effetti dell'Art. 177 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209 del Codice delle Assicurazioni.

ALLEGATO 1

**VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA VITALIZIA IMMEDIATA
(SESSO MASCHILE)**

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	RATEAZIONE DELLA RENDITA					
	ANNUALE	SEMESTRALE	QUADRIMESTRALE	TRIMESTRALE	BIMESTRALE	MENSILE
50	33,378	33,098	33,006	32,960	32,915	32,869
51	34,146	33,854	33,757	33,709	33,661	33,614
52	34,956	34,650	34,549	34,498	34,448	34,398
53	35,811	35,489	35,383	35,330	35,278	35,225
54	36,712	36,374	36,263	36,207	36,152	36,097
55	37,665	37,309	37,192	37,133	37,075	37,017
56	38,672	38,297	38,174	38,113	38,051	37,990
57	39,740	39,344	39,214	39,149	39,085	39,020
58	40,874	40,455	40,318	40,249	40,181	40,113
59	42,079	41,636	41,490	41,418	41,345	41,273
60	43,362	42,891	42,737	42,660	42,583	42,507
61	44,727	44,226	44,062	43,980	43,898	43,817
62	46,176	45,643	45,468	45,381	45,294	45,207
63	47,718	47,148	46,962	46,869	46,776	46,684
64	49,361	48,752	48,552	48,453	48,354	48,256
65	51,114	50,461	50,247	50,141	50,035	49,929
66	52,987	52,286	52,056	51,942	51,829	51,716
67	54,993	54,238	53,991	53,868	53,746	53,624
68	57,145	56,330	56,064	55,931	55,800	55,669
69	59,458	58,576	58,288	58,145	58,003	57,862
70	61,947	60,991	60,679	60,524	60,369	60,216
71	64,629	63,589	63,249	63,081	62,913	62,747
72	67,529	66,394	66,024	65,841	65,658	65,477
73	70,681	69,438	69,034	68,833	68,634	68,436
74	74,124	72,758	72,315	72,095	71,876	71,659
75	77,898	76,391	75,902	75,660	75,419	75,180
76	82,034	80,365	79,824	79,556	79,290	79,026
77	86,550	84,695	84,094	83,797	83,501	83,208
78	91,458	89,389	88,720	88,389	88,060	87,734
79	96,760	94,447	93,700	93,331	92,965	92,602
80	102,486	99,895	99,060	98,648	98,239	97,833
81	108,708	105,797	104,861	104,399	103,941	103,488
82	115,520	112,238	111,185	110,666	110,151	109,642
83	123,056	119,338	118,149	117,563	116,982	116,408
84	131,463	127,230	125,878	125,213	124,555	123,904
85	140,744	135,903	134,362	133,605	132,856	132,115

(*) I valori si riferiscono ai nati dal 1948 al 1960. Per i nati dal 1961 al 1970 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1971 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1926 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1925 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

**VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA VITALIZIA IMMEDIATA
(SESSO FEMMINILE)**

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	RATEAZIONE DELLA RENDITA					
	ANNUALE	SEMESTRALE	QUADRIMESTRALE	TRIMESTRALE	BIMESTRALE	MENSILE
50	30,751	30,514	30,435	30,396	30,357	30,319
51	31,381	31,134	31,052	31,012	30,971	30,931
52	32,043	31,785	31,700	31,658	31,615	31,573
53	32,738	32,469	32,380	32,336	32,292	32,248
54	33,469	33,188	33,095	33,049	33,003	32,957
55	34,239	33,945	33,848	33,800	33,752	33,704
56	35,052	34,744	34,642	34,591	34,541	34,491
57	35,911	35,587	35,481	35,428	35,375	35,322
58	36,821	36,481	36,369	36,313	36,258	36,202
59	37,787	37,429	37,311	37,252	37,194	37,135
60	38,812	38,434	38,310	38,248	38,187	38,125
61	39,903	39,504	39,372	39,307	39,242	39,177
62	41,063	40,640	40,502	40,432	40,364	40,295
63	42,297	41,849	41,702	41,629	41,556	41,483
64	43,614	43,137	42,981	42,903	42,826	42,748
65	45,022	44,514	44,348	44,265	44,182	44,100
66	46,522	45,981	45,803	45,715	45,627	45,539
67	48,134	47,555	47,365	47,270	47,176	47,083
68	49,867	49,245	49,041	48,940	48,839	48,739
69	51,732	51,063	50,844	50,735	50,627	50,519
70	53,742	53,021	52,785	52,668	52,551	52,435
71	55,912	55,132	54,877	54,750	54,624	54,498
72	58,260	57,413	57,136	56,999	56,862	56,726
73	60,816	59,894	59,593	59,444	59,295	59,147
74	63,613	62,605	62,276	62,113	61,951	61,789
75	66,674	65,568	65,207	65,028	64,850	64,673
76	70,035	68,815	68,417	68,220	68,025	67,830
77	73,721	72,371	71,932	71,714	71,498	71,283
78	77,768	76,267	75,779	75,538	75,298	75,059
79	82,200	80,525	79,981	79,712	79,445	79,180
80	87,052	85,175	84,567	84,267	83,968	83,672
81	92,371	90,260	89,578	89,241	88,906	88,574
82	98,238	95,854	95,085	94,705	94,328	93,954
83	104,730	102,025	101,154	100,725	100,298	99,876
84	111,953	108,868	107,877	107,388	106,904	106,424
85	119,908	116,376	115,244	114,687	114,135	113,588

(*) I valori si riferiscono ai nati dal 1950 al 1962. Per i nati dal 1963 al 1972 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1973 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1941 al 1949, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1928 al 1940, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1927 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

**VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 5 ANNI E SUCCESSIVAMENTE VITALIZIA
(SESSO MASCHILE)**

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	RATEAZIONE DELLA RENDITA					
	ANNUALE	SEMESTRALE	QUADRIMESTRALE	TRIMESTRALE	BIMESTRALE	MENSILE
50	33,354	33,075	32,983	32,937	32,892	32,846
51	34,119	33,827	33,731	33,683	33,635	33,588
52	34,925	34,619	34,518	34,468	34,418	34,368
53	35,774	35,453	35,348	35,295	35,243	35,190
54	36,670	36,333	36,222	36,167	36,112	36,057
55	37,616	37,261	37,145	37,086	37,029	36,971
56	38,616	38,242	38,119	38,058	37,997	37,936
57	39,675	39,280	39,151	39,086	39,022	38,957
58	40,797	40,380	40,243	40,175	40,107	40,039
59	41,988	41,546	41,401	41,329	41,257	41,185
60	43,252	42,783	42,629	42,553	42,477	42,401
61	44,593	44,095	43,932	43,851	43,770	43,689
62	46,015	45,486	45,312	45,225	45,139	45,053
63	47,525	46,960	46,775	46,682	46,591	46,499
64	49,129	48,526	48,328	48,230	48,132	48,034
65	50,836	50,190	49,978	49,873	49,769	49,664
66	52,654	51,962	51,735	51,622	51,510	51,398
67	54,593	53,849	53,606	53,485	53,364	53,244
68	56,665	55,864	55,602	55,472	55,342	55,213
69	58,882	58,017	57,735	57,594	57,455	57,316
70	61,257	60,321	60,016	59,864	59,713	59,563
71	63,803	62,789	62,458	62,293	62,130	61,968
72	66,538	65,436	65,077	64,898	64,721	64,545
73	69,484	68,283	67,892	67,698	67,505	67,313
74	72,659	71,347	70,920	70,708	70,498	70,289
75	76,078	74,641	74,174	73,942	73,713	73,484
76	79,750	78,172	77,660	77,406	77,154	76,904
77	83,671	81,936	81,373	81,095	80,818	80,544
78	87,839	85,929	85,310	85,004	84,700	84,399
79	92,249	90,144	89,463	89,127	88,793	88,462
80	96,905	94,584	93,836	93,466	93,098	92,734
81	101,831	99,272	98,447	98,040	97,636	97,236
82	107,047	104,223	103,314	102,866	102,421	101,981
83	112,577	109,458	108,456	107,962	107,473	106,987
84	118,427	114,980	113,875	113,331	112,792	112,257
85	124,529	120,724	119,506	118,907	118,313	117,726

(*) I valori si riferiscono ai nati dal 1948 al 1960. Per i nati dal 1961 al 1970 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1971 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1926 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1925 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

**VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 5 ANNI E SUCCESSIVAMENTE VITALIZIA
(SESSO FEMMINILE)**

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	RATEAZIONE DELLA RENDITA					
	ANNUALE	SEMESTRALE	QUADRIMESTRALE	TRIMESTRALE	BIMESTRALE	MENSILE
50	30,735	30,498	30,420	30,381	30,342	30,303
51	31,364	31,117	31,035	30,994	30,954	30,914
52	32,023	31,766	31,681	31,638	31,596	31,554
53	32,716	32,447	32,359	32,315	32,271	32,227
54	33,445	33,164	33,071	33,025	32,979	32,933
55	34,212	33,918	33,822	33,773	33,725	33,677
56	35,022	34,714	34,613	34,562	34,512	34,462
57	35,878	35,555	35,449	35,396	35,343	35,290
58	36,784	36,444	36,333	36,277	36,222	36,166
59	37,744	37,387	37,269	37,211	37,153	37,094
60	38,763	38,386	38,262	38,201	38,139	38,078
61	39,846	39,448	39,317	39,252	39,187	39,122
62	40,996	40,575	40,436	40,368	40,299	40,231
63	42,219	41,772	41,625	41,552	41,480	41,407
64	43,521	43,047	42,891	42,813	42,736	42,659
65	44,911	44,407	44,241	44,158	44,076	43,995
66	46,392	45,854	45,677	45,589	45,502	45,415
67	47,979	47,404	47,215	47,121	47,028	46,934
68	49,681	49,064	48,862	48,761	48,661	48,562
69	51,509	50,846	50,629	50,521	50,414	50,307
70	53,475	52,761	52,527	52,411	52,295	52,180
71	55,591	54,820	54,568	54,442	54,318	54,193
72	57,874	57,039	56,766	56,630	56,495	56,361
73	60,348	59,440	59,143	58,996	58,850	58,704
74	63,034	62,044	61,721	61,561	61,401	61,243
75	65,947	64,865	64,512	64,336	64,162	63,989
76	69,108	67,920	67,533	67,341	67,150	66,961
77	72,531	71,224	70,798	70,587	70,378	70,169
78	76,232	74,789	74,320	74,087	73,857	73,627
79	80,221	78,625	78,106	77,850	77,595	77,342
80	84,509	82,739	82,165	81,881	81,599	81,319
81	89,109	87,143	86,507	86,192	85,880	85,570
82	94,044	91,857	91,150	90,801	90,455	90,111
83	99,321	96,885	96,100	95,712	95,327	94,945
84	104,949	102,233	101,358	100,927	100,499	100,075
85	110,875	107,848	106,876	106,396	105,921	105,449

(*) I valori si riferiscono ai nati dal 1950 al 1962. Per i nati dal 1963 al 1972 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1973 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1941 al 1949, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1928 al 1940, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1927 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

**VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 10 ANNI E SUCCESSIVAMENTE VITALIZIA
(SESSO MASCHILE)**

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	RATEAZIONE DELLA RENDITA					
	ANNUALE	SEMESTRALE	QUADRIMESTRALE	TRIMESTRALE	BIMESTRALE	MENSILE
50	33,279	33,001	32,909	32,863	32,818	32,773
51	34,032	33,742	33,646	33,598	33,551	33,503
52	34,824	34,520	34,420	34,370	34,320	34,271
53	35,658	35,339	35,234	35,181	35,129	35,077
54	36,534	36,199	36,089	36,034	35,980	35,925
55	37,456	37,105	36,989	36,931	36,874	36,817
56	38,428	38,058	37,936	37,875	37,815	37,755
57	39,452	39,062	38,934	38,870	38,806	38,743
58	40,533	40,121	39,986	39,918	39,851	39,784
59	41,673	41,238	41,095	41,024	40,953	40,883
60	42,877	42,417	42,265	42,190	42,115	42,041
61	44,147	43,659	43,499	43,419	43,340	43,260
62	45,484	44,966	44,796	44,712	44,628	44,544
63	46,893	46,343	46,163	46,073	45,984	45,895
64	48,380	47,795	47,603	47,507	47,412	47,318
65	49,948	49,324	49,120	49,018	48,917	48,816
66	51,603	50,938	50,720	50,611	50,503	50,396
67	53,349	52,638	52,405	52,289	52,174	52,060
68	55,188	54,428	54,179	54,056	53,933	53,810
69	57,124	56,309	56,043	55,911	55,779	55,648
70	59,153	58,280	57,995	57,854	57,713	57,573
71	61,275	60,339	60,034	59,882	59,731	59,581
72	63,490	62,485	62,158	61,995	61,833	61,673
73	65,797	64,719	64,367	64,193	64,020	63,847
74	68,195	67,038	66,661	66,474	66,288	66,103
75	70,676	69,434	69,030	68,829	68,630	68,432
76	73,226	71,893	71,459	71,245	71,031	70,819
77	75,820	74,392	73,928	73,698	73,470	73,243
78	78,434	76,907	76,411	76,165	75,921	75,679
79	81,039	79,410	78,881	78,620	78,360	78,102
80	83,609	81,877	81,315	81,037	80,761	80,487
81	86,125	84,287	83,692	83,398	83,105	82,815
82	88,561	86,620	85,991	85,680	85,372	85,065
83	90,891	88,847	88,186	87,859	87,534	87,212
84	93,081	90,938	90,246	89,904	89,564	89,227
85	95,091	92,856	92,134	91,777	91,423	91,072

(*) I valori si riferiscono ai nati dal 1948 al 1960. Per i nati dal 1961 al 1970 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1971 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1926 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1925 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

**VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 10 ANNI E SUCCESSIVAMENTE VITALIZIA
(SESSO FEMMINILE)**

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	RATEAZIONE DELLA RENDITA					
	ANNUALE	SEMESTRALE	QUADRIMESTRALE	TRIMESTRALE	BIMESTRALE	MENSILE
50	30,688	30,452	30,374	30,335	30,296	30,257
51	31,312	31,065	30,984	30,944	30,903	30,863
52	31,965	31,709	31,624	31,582	31,540	31,498
53	32,652	32,384	32,296	32,252	32,208	32,164
54	33,373	33,094	33,001	32,955	32,910	32,864
55	34,132	33,840	33,743	33,695	33,647	33,600
56	34,931	34,625	34,524	34,474	34,424	34,374
57	35,775	35,454	35,348	35,295	35,243	35,190
58	36,665	36,328	36,217	36,162	36,107	36,052
59	37,607	37,253	37,136	37,078	37,020	36,962
60	38,604	38,230	38,107	38,046	37,985	37,924
61	39,659	39,265	39,135	39,071	39,007	38,942
62	40,777	40,360	40,223	40,155	40,087	40,020
63	41,961	41,520	41,375	41,303	41,231	41,159
64	43,217	42,749	42,595	42,519	42,443	42,367
65	44,552	44,055	43,892	43,811	43,730	43,649
66	45,967	45,439	45,265	45,179	45,093	45,007
67	47,475	46,911	46,726	46,634	46,543	46,451
68	49,080	48,477	48,280	48,182	48,084	47,987
69	50,787	50,142	49,931	49,826	49,721	49,617
70	52,601	51,910	51,684	51,571	51,459	51,348
71	54,527	53,784	53,542	53,421	53,301	53,181
72	56,568	55,769	55,508	55,378	55,249	55,121
73	58,732	57,872	57,591	57,451	57,312	57,174
74	61,024	60,096	59,793	59,643	59,493	59,344
75	63,439	62,437	62,109	61,947	61,786	61,625
76	65,972	64,889	64,536	64,360	64,186	64,013
77	68,611	67,439	67,058	66,869	66,681	66,493
78	71,336	70,071	69,659	69,455	69,252	69,050
79	74,125	72,760	72,316	72,096	71,877	71,660
80	76,950	75,480	75,002	74,766	74,531	74,297
81	79,783	78,204	77,692	77,438	77,186	76,935
82	82,596	80,904	80,356	80,084	79,814	79,547
83	85,348	83,544	82,959	82,669	82,382	82,097
84	88,003	86,085	85,464	85,157	84,852	84,550
85	90,506	88,479	87,823	87,499	87,177	86,858

(*) I valori si riferiscono ai nati dal 1950 al 1962. Per i nati dal 1963 al 1972 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1973 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1941 al 1949, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1928 al 1940, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1927 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE

**LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 5 ANNI E SUCCESSIVAMENTE
REVERSIBILE TOTALMENTE**

(SESSO MASCHILE, TESTA REVERSIONARIA SESSO FEMMINILE)

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	Femmina										
Maschio	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
65	40,075	40,782	41,480	42,165	42,833	43,481	44,107	44,707	45,279	45,824	46,338
66	40,517	41,278	42,033	42,779	43,510	44,224	44,917	45,585	46,228	46,841	47,423
67	40,936	41,750	42,563	43,370	44,167	44,950	45,714	46,455	47,171	47,860	48,516
68	41,329	42,196	43,067	43,937	44,801	45,654	46,492	47,310	48,106	48,875	49,614
69	41,696	42,615	43,544	44,476	45,408	46,334	47,249	48,148	49,027	49,883	50,709
70	42,037	43,007	43,991	44,986	45,986	46,985	47,979	48,962	49,929	50,877	51,797
71	42,352	43,370	44,410	45,465	46,532	47,606	48,679	49,748	50,807	51,851	52,871
72	42,641	43,706	44,798	45,913	47,047	48,193	49,348	50,503	51,656	52,800	53,926
73	42,906	44,015	45,158	46,330	47,528	48,747	49,981	51,224	52,473	53,720	54,956
74	43,147	44,298	45,488	46,715	47,975	49,265	50,578	51,909	53,254	54,606	55,955
75	43,366	44,555	45,790	47,069	48,389	49,746	51,136	52,554	53,995	55,453	56,919

VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE

**LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 5 ANNI E SUCCESSIVAMENTE
REVERSIBILE TOTALMENTE**

(SESSO FEMMINILE, TESTA REVERSIONARIA SESSO MASCHILE)

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	Maschio										
Femmina	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
65	40,075	40,517	40,936	41,329	41,696	42,037	42,352	42,641	42,906	43,147	43,366
66	40,782	41,278	41,750	42,196	42,615	43,007	43,370	43,706	44,015	44,298	44,555
67	41,480	42,033	42,563	43,067	43,544	43,991	44,410	44,798	45,158	45,488	45,790
68	42,165	42,779	43,370	43,937	44,476	44,986	45,465	45,913	46,330	46,715	47,069
69	42,833	43,510	44,167	44,801	45,408	45,986	46,532	47,047	47,528	47,975	48,389
70	43,481	44,224	44,950	45,654	46,334	46,985	47,606	48,193	48,747	49,265	49,746
71	44,107	44,917	45,714	46,492	47,249	47,979	48,679	49,348	49,981	50,578	51,136
72	44,707	45,585	46,455	47,310	48,148	48,962	49,748	50,503	51,224	51,909	52,554
73	45,279	46,228	47,171	48,106	49,027	49,929	50,807	51,656	52,473	53,254	53,995
74	45,824	46,841	47,860	48,875	49,883	50,877	51,851	52,800	53,720	54,606	55,453
75	46,338	47,423	48,516	49,614	50,709	51,797	52,871	53,926	54,956	55,955	56,919

(*)Per il sesso maschile i valori si riferiscono ai nati dal 1948 al 1960. Per i nati dal 1961 al 1970 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1971 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1926 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1925 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

Per il sesso femminile i valori si riferiscono ai nati dal 1950 al 1962. Per i nati dal 1963 al 1972 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1973 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1941 al 1949, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1928 al 1940, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1927 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE

**LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 5 ANNI E SUCCESSIVAMENTE
REVERSIBILE AL 60%**

(SESSO MASCHILE, TESTA REVERSIONARIA SESSO FEMMINILE)

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	Femmina										
Maschio	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
65	43,782	44,285	44,776	45,252	45,711	46,152	46,573	46,972	47,350	47,705	48,038
66	44,633	45,183	45,722	46,248	46,758	47,250	47,722	48,172	48,600	49,005	49,385
67	45,488	46,087	46,677	47,256	47,820	48,367	48,895	49,401	49,884	50,343	50,777
68	46,346	46,996	47,640	48,274	48,896	49,502	50,089	50,655	51,200	51,719	52,213
69	47,207	47,909	48,608	49,301	49,983	50,651	51,303	51,935	52,545	53,131	53,690
70	48,070	48,825	49,581	50,334	51,079	51,814	52,534	53,236	53,917	54,576	55,207
71	48,932	49,742	50,556	51,371	52,182	52,986	53,778	54,555	55,313	56,050	56,761
72	49,794	50,660	51,533	52,412	53,291	54,167	55,035	55,891	56,731	57,553	58,350
73	50,656	51,577	52,511	53,455	54,404	55,355	56,302	57,241	58,169	59,081	59,971
74	51,517	52,494	53,489	54,499	55,520	56,547	57,577	58,603	59,623	60,632	61,622
75	52,374	53,406	54,463	55,540	56,634	57,740	58,854	59,971	61,088	62,198	63,295

VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE

**LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 5 ANNI E SUCCESSIVAMENTE
REVERSIBILE AL 60%**

(SESSO FEMMINILE, TESTA REVERSIONARIA SESSO MASCHILE)

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	Maschio										
Femmina	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
65	41,879	42,167	42,438	42,691	42,925	43,141	43,339	43,521	43,686	43,836	43,971
66	42,855	43,182	43,491	43,780	44,050	44,300	44,530	44,742	44,936	45,112	45,272
67	43,856	44,225	44,576	44,906	45,215	45,504	45,772	46,019	46,245	46,453	46,641
68	44,881	45,296	45,692	46,067	46,421	46,753	47,063	47,349	47,614	47,858	48,080
69	45,927	46,392	46,837	47,262	47,666	48,046	48,403	48,735	49,044	49,329	49,590
70	46,994	47,512	48,011	48,490	48,948	49,382	49,791	50,175	50,534	50,866	51,173
71	48,080	48,654	49,211	49,749	50,266	50,759	51,227	51,669	52,083	52,470	52,830
72	49,182	49,816	50,435	51,036	51,617	52,175	52,708	53,214	53,692	54,141	54,560
73	50,303	51,000	51,685	52,354	53,004	53,633	54,236	54,813	55,362	55,881	56,368
74	51,442	52,205	52,959	53,700	54,425	55,129	55,811	56,467	57,094	57,691	58,255
75	52,593	53,425	54,252	55,069	55,873	56,660	57,425	58,167	58,881	59,565	60,216

(*)Per il sesso maschile i valori si riferiscono ai nati dal 1948 al 1960. Per i nati dal 1961 al 1970 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1971 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1926 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1925 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

Per il sesso femminile i valori si riferiscono ai nati dal 1950 al 1962. Per i nati dal 1963 al 1972 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1973 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1941 al 1949, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1928 al 1940, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1927 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 10 ANNI E SUCCESSIVAMENTE
REVERSIBILE TOTALMENTE

(SESSO MASCHILE, TESTA REVERSIONARIA SESSO FEMMINILE)

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	Femmina										
	Maschio	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
65	40,052	40,756	41,450	42,130	42,793	43,434	44,052	44,643	45,205	45,736	46,235
66	40,491	41,248	41,999	42,739	43,464	44,171	44,855	45,512	46,141	46,740	47,304
67	40,906	41,716	42,524	43,325	44,115	44,889	45,642	46,371	47,072	47,743	48,379
68	41,296	42,158	43,023	43,885	44,741	45,584	46,410	47,214	47,992	48,741	49,455
69	41,659	42,572	43,494	44,418	45,340	46,254	47,155	48,037	48,896	49,728	50,525
70	41,995	42,958	43,935	44,920	45,908	46,894	47,872	48,834	49,778	50,697	51,584
71	42,304	43,315	44,345	45,390	46,444	47,502	48,556	49,602	50,633	51,643	52,624
72	42,587	43,644	44,725	45,828	46,946	48,075	49,206	50,335	51,455	52,560	53,639
73	42,845	43,944	45,075	46,233	47,413	48,611	49,819	51,031	52,242	53,442	54,623
74	43,078	44,218	45,394	46,605	47,845	49,110	50,393	51,688	52,988	54,287	55,571
75	43,289	44,465	45,684	46,944	48,242	49,571	50,927	52,302	53,691	55,087	56,477

VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE

LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 10 ANNI E SUCCESSIVAMENTE
REVERSIBILE TOTALMENTE

(SESSO FEMMINILE, TESTA REVERSIONARIA SESSO MASCHILE)

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	Maschio										
	Femmina	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
65	40,052	40,491	40,906	41,296	41,659	41,995	42,304	42,587	42,845	43,078	43,289
66	40,756	41,248	41,716	42,158	42,572	42,958	43,315	43,644	43,944	44,218	44,465
67	41,450	41,999	42,524	43,023	43,494	43,935	44,345	44,725	45,075	45,394	45,684
68	42,130	42,739	43,325	43,885	44,418	44,920	45,390	45,828	46,233	46,605	46,944
69	42,793	43,464	44,115	44,741	45,340	45,908	46,444	46,946	47,413	47,845	48,242
70	43,434	44,171	44,889	45,584	46,254	46,894	47,502	48,075	48,611	49,110	49,571
71	44,052	44,855	45,642	46,410	47,155	47,872	48,556	49,206	49,819	50,393	50,927
72	44,643	45,512	46,371	47,214	48,037	48,834	49,602	50,335	51,031	51,688	52,302
73	45,205	46,141	47,072	47,992	48,896	49,778	50,633	51,455	52,242	52,988	53,691
74	45,736	46,740	47,743	48,741	49,728	50,697	51,643	52,560	53,442	54,287	55,087
75	46,235	47,304	48,379	49,455	50,525	51,584	52,624	53,639	54,623	55,571	56,477

(*)Per il sesso maschile i valori si riferiscono ai nati dal 1948 al 1960. Per i nati dal 1961 al 1970 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1971 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1926 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1925 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

Per il sesso femminile i valori si riferiscono ai nati dal 1950 al 1962. Per i nati dal 1963 al 1972 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1973 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1941 al 1949, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1928 al 1940, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1927 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE

**LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 10 ANNI E SUCCESSIVAMENTE
REVERSIBILE AL 60%**

(SESSO MASCHILE, TESTA REVERSIONARIA SESSO FEMMINILE)

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	Femmina											
	Maschio	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
65		43,499	43,994	44,477	44,944	45,394	45,825	46,235	46,624	46,990	47,333	47,652
66		44,308	44,848	45,377	45,892	46,391	46,871	47,330	47,767	48,181	48,571	48,935
67		45,115	45,702	46,280	46,846	47,396	47,929	48,441	48,931	49,397	49,838	50,251
68		45,920	46,555	47,183	47,801	48,406	48,995	49,564	50,110	50,633	51,130	51,599
69		46,718	47,402	48,083	48,756	49,417	50,065	50,694	51,301	51,885	52,444	52,973
70		47,507	48,241	48,975	49,704	50,424	51,133	51,825	52,498	53,148	53,772	54,367
71		48,284	49,068	49,855	50,642	51,423	52,195	52,953	53,693	54,413	55,108	55,774
72		49,046	49,880	50,722	51,566	52,409	53,246	54,072	54,884	55,677	56,447	57,188
73		49,793	50,677	51,572	52,474	53,379	54,282	55,179	56,064	56,933	57,782	58,604
74		50,521	51,454	52,403	53,363	54,330	55,301	56,269	57,229	58,178	59,109	60,015
75		51,229	52,210	53,211	54,228	55,258	56,295	57,335	58,372	59,401	60,418	61,412

VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE

**LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA CERTA 10 ANNI E SUCCESSIVAMENTE
REVERSIBILE AL 60%**

(SESSO FEMMINILE, TESTA REVERSIONARIA SESSO MASCHILE)

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	Maschio											
	Femmina	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
65		41,738	42,023	42,290	42,539	42,769	42,981	43,175	43,352	43,511	43,656	43,785
66		42,691	43,014	43,318	43,603	43,868	44,113	44,338	44,544	44,731	44,901	45,053
67		43,666	44,030	44,375	44,699	45,003	45,285	45,546	45,786	46,005	46,204	46,384
68		44,659	45,068	45,457	45,825	46,172	46,496	46,797	47,075	47,331	47,564	47,775
69		45,668	46,124	46,561	46,978	47,372	47,742	48,089	48,410	48,707	48,980	49,228
70		46,689	47,196	47,685	48,153	48,600	49,021	49,418	49,788	50,132	50,449	50,740
71		47,719	48,280	48,824	49,348	49,850	50,328	50,780	51,205	51,601	51,969	52,308
72		48,753	49,371	49,974	50,558	51,120	51,659	52,171	52,655	53,110	53,535	53,928
73		49,792	50,469	51,132	51,779	52,407	53,011	53,588	54,138	54,657	55,145	55,600
74		50,830	51,568	52,295	53,009	53,704	54,378	55,026	55,647	56,237	56,794	57,317
75		51,860	52,661	53,454	54,237	55,004	55,751	56,475	57,171	57,838	58,471	59,069

(*)Per il sesso maschile i valori si riferiscono ai nati dal 1948 al 1960. Per i nati dal 1961 al 1970 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1971 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1926 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1925 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

Per il sesso femminile i valori si riferiscono ai nati dal 1950 al 1962. Per i nati dal 1963 al 1972 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1973 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1941 al 1949, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1928 al 1940, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1927 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA REVERSIBILE TOTALMENTE
(SESSO MASCHILE, TESTA REVERSIONARIA SESSO FEMMINILE)

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	Femmina											
	Maschio	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
65		40,077	40,785	41,483	42,168	42,837	43,486	44,112	44,713	45,287	45,832	46,348
66		40,520	41,281	42,037	42,783	43,515	44,230	44,924	45,593	46,236	46,851	47,434
67		40,939	41,754	42,567	43,375	44,173	44,956	45,721	46,463	47,181	47,871	48,530
68		41,332	42,200	43,072	43,942	44,807	45,661	46,501	47,320	48,118	48,889	49,629
69		41,700	42,620	43,549	44,482	45,415	46,342	47,258	48,159	49,040	49,899	50,728
70		42,041	43,012	43,998	44,993	45,994	46,995	47,990	48,975	49,944	50,894	51,818
71		42,357	43,376	44,417	45,473	46,542	47,617	48,692	49,763	50,824	51,871	52,895
72		42,647	43,713	44,806	45,922	47,057	48,206	49,362	50,520	51,676	52,823	53,954
73		42,912	44,022	45,166	46,340	47,540	48,761	49,997	51,243	52,495	53,746	54,988
74		43,154	44,306	45,498	46,727	47,989	49,281	50,597	51,931	53,280	54,637	55,993
75		43,374	44,564	45,801	47,082	48,405	49,765	51,158	52,579	54,025	55,489	56,962

VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA REVERSIBILE TOTALMENTE
(SESSO FEMMINILE, TESTA REVERSIONARIA SESSO MASCHILE)

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	Maschio											
	Femmina	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
65		40,077	40,520	40,939	41,332	41,700	42,041	42,357	42,647	42,912	43,154	43,374
66		40,785	41,281	41,754	42,200	42,620	43,012	43,376	43,713	44,022	44,306	44,564
67		41,483	42,037	42,567	43,072	43,549	43,998	44,417	44,806	45,166	45,498	45,801
68		42,168	42,783	43,375	43,942	44,482	44,993	45,473	45,922	46,340	46,727	47,082
69		42,837	43,515	44,173	44,807	45,415	45,994	46,542	47,057	47,540	47,989	48,405
70		43,486	44,230	44,956	45,661	46,342	46,995	47,617	48,206	48,761	49,281	49,765
71		44,112	44,924	45,721	46,501	47,258	47,990	48,692	49,362	49,997	50,597	51,158
72		44,713	45,593	46,463	47,320	48,159	48,975	49,763	50,520	51,243	51,931	52,579
73		45,287	46,236	47,181	48,118	49,040	49,944	50,824	51,676	52,495	53,280	54,025
74		45,832	46,851	47,871	48,889	49,899	50,894	51,871	52,823	53,746	54,637	55,489
75		46,348	47,434	48,530	49,629	50,728	51,818	52,895	53,954	54,988	55,993	56,962

(*)Per il sesso maschile i valori si riferiscono ai nati dal 1948 al 1960. Per i nati dal 1961 al 1970 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1971 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1926 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1925 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

Per il sesso femminile i valori si riferiscono ai nati dal 1950 al 1962. Per i nati dal 1963 al 1972 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1973 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1941 al 1949, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1928 al 1940, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1927 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

**VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA REVERSIBILE AL 60%
(SESSO MASCHILE, TESTA REVERSIONARIA SESSO FEMMINILE)**

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	Femmina										
	Maschio	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
65	43,866	44,371	44,864	45,343	45,804	46,247	46,669	47,071	47,451	47,808	48,143
66	44,730	45,283	45,825	46,354	46,866	47,361	47,835	48,288	48,719	49,127	49,510
67	45,600	46,203	46,797	47,379	47,946	48,497	49,028	49,537	50,024	50,487	50,924
68	46,477	47,131	47,778	48,417	49,042	49,653	50,244	50,815	51,363	51,888	52,385
69	47,358	48,065	48,769	49,466	50,153	50,827	51,484	52,121	52,736	53,328	53,893
70	48,242	49,004	49,766	50,524	51,276	52,017	52,743	53,452	54,140	54,806	55,445
71	49,129	49,946	50,768	51,590	52,409	53,220	54,021	54,805	55,572	56,318	57,038
72	50,019	50,892	51,775	52,662	53,551	54,436	55,314	56,180	57,031	57,863	58,671
73	50,913	51,844	52,789	53,743	54,704	55,666	56,625	57,577	58,518	59,443	60,347
74	51,813	52,802	53,810	54,834	55,868	56,910	57,955	58,996	60,032	61,058	62,065
75	52,720	53,767	54,840	55,933	57,044	58,168	59,300	60,436	61,573	62,704	63,823

**VALORI DI CONVERSIONE PER 1.000 EURO DI CAPITALE
LIQUIDABILE A SCADENZA IN RENDITA IMMEDIATA REVERSIBILE AL 60%
(SESSO FEMMINILE, TESTA REVERSIONARIA SESSO MASCHILE)**

TASSO TECNICO : 1%

Età (*)	Maschio										
	Femmina	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
65	41,918	42,208	42,480	42,733	42,968	43,185	43,384	43,566	43,732	43,882	44,018
66	42,901	43,229	43,538	43,829	44,099	44,350	44,582	44,795	44,989	45,166	45,327
67	43,910	44,280	44,632	44,963	45,274	45,564	45,832	46,080	46,308	46,517	46,707
68	44,943	45,360	45,757	46,134	46,490	46,823	47,134	47,423	47,689	47,934	48,158
69	46,001	46,467	46,915	47,342	47,747	48,129	48,487	48,822	49,132	49,419	49,682
70	47,080	47,600	48,102	48,583	49,043	49,479	49,891	50,277	50,638	50,973	51,283
71	48,179	48,756	49,316	49,857	50,377	50,873	51,344	51,789	52,206	52,596	52,959
72	49,298	49,935	50,558	51,163	51,747	52,309	52,845	53,355	53,836	54,289	54,713
73	50,438	51,140	51,829	52,502	53,157	53,790	54,399	54,981	55,534	56,058	56,550
74	51,602	52,371	53,130	53,877	54,607	55,318	56,006	56,667	57,301	57,905	58,476
75	52,784	53,624	54,458	55,282	56,094	56,888	57,662	58,411	59,133	59,826	60,486

(*)Per il sesso maschile i valori si riferiscono ai nati dal 1948 al 1960. Per i nati dal 1961 al 1970 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1971 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1939 al 1947, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1926 al 1938, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1925 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

Per il sesso femminile i valori si riferiscono ai nati dal 1950 al 1962. Per i nati dal 1963 al 1972 si applica il ringiovanimento dell'età di un anno; per i nati dal 1973 in poi il ringiovanimento di due anni. Al contrario per i nati dal 1941 al 1949, l'età dovrà essere aumentata di un anno; per i nati dal 1928 al 1940, l'età dovrà essere aumentata di due anni; per i nati nel 1927 o negli anni precedenti, l'età dovrà essere aumentata di tre anni.

ALLEGATO 2

COPERTURA TEMPORANEA IN CASO DI DECESSO

a) Oggetto

Con la copertura temporanea in caso di decesso la Compagnia si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati il capitale assicurato nel caso in cui si verifichi il decesso dell'Aderente-Assicurato nel periodo di validità della copertura.

In caso di vita dell'Aderente - in seguito definito Assicurato - alla scadenza contrattuale, la copertura decade ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

b) Modalità di sottoscrizione della copertura, data di effetto, premio, durata ed età all'ingresso dell'Assicurato

La copertura temporanea in caso di decesso è sottoscrivibile dall'Assicurato contestualmente alla sottoscrizione della Proposta- Certificato della forma pensionistica individuale. Inoltre, l'Assicurato può chiedere in corso di contratto, ad ogni ricorrenza annuale, di attivare la copertura non ancora operativa mediante richiesta effettuata allo sportello della Banca presso cui è stato stipulato il contratto. La copertura assicurativa in caso di decesso ha durata monoannuale ed è rinnovabile tacitamente mediante il regolare pagamento, alle scadenze pattuite, del premio ricorrente previsto. La sottoscrizione della copertura assicurativa in caso di decesso prevede la compilazione, da parte dell'Assicurato, di un questionario sanitario riguardante il suo stato di salute. L'accettazione del rischio e quindi l'efficacia della copertura assicurativa in caso di decesso è subordinata alla valutazione del questionario sanitario stesso da parte della Compagnia. La Proposta-Certificato accettata dalla Compagnia può essere sottoscritta dall'Assicurato – e quindi dare avvio al rapporto contrattuale- entro 15 giorni, sempre che a tale epoca non sia cambiata l'età assicurativa, dalla data di accettazione della Compagnia. Trascorso tale termine, l'Assicurato deve procedere alla sottoscrizione di una nuova Proposta-Certificato e di un nuovo questionario sanitario.

Infine, in funzione dell'età dell'Assicurato all'attivazione della copertura e della somma assicurata in caso di decesso alla stessa epoca la Compagnia può richiedere, in base alla tabella sotto indicata, accertamenti sanitari aggiuntivi:

Somma assicurata in caso di decesso al momento di attivazione della copertura				
Età assicurativa all'attivazione della copertura	Solo questionario sanitario per somma assicurata fino a	Questionario e VM per somma assicurata fino a	Questionario, VM, ECG e ES1 per somma assicurata fino a	Questionario, VM, ECG, ES1 e ES2 per somma assicurata fino a
Fino a 45 anni	€150.000,00	€250.000,00	€400.000,00	€500.000,00
Da 46 a 50 anni	€100.000,00	€150.000,00	€300.000,00	€400.000,00
Da 51 a 55 anni	€75.000,00	€100.000,00	€150.000,00	€200.000,00
Da 56 a 60 anni	€50.000,00	€75.000,00	€100.000,00	€150.000,00

Nella tabella la simbologia deve essere così interpretata:

VM: visita medica con analisi ed esame microscopico delle urine eseguiti in laboratorio

ECG: elettrocardiogramma da sforzo massimale al cicloergometro secondo protocolli standard

ES1: glicemia, test HIV e assetto lipidico totale (colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, elettroforesi lipidica)

ES2: esame emocromocitometrico con formula e conta piastrinica, azotemia e creatininemia, VES, funzionalità epatica, (transaminasi, gamma GT, bilirubinemia totale e frazionata, fosfatasi alcalina, tempo di protrombina), elettroforesi proteica.

Per capitali superiori a quelli indicati in tabella verranno richiesti ulteriori accertamenti. Sulla base delle informazioni raccolte, il capitale assicurato può essere ridotto o possono rendersi necessarie ulteriori indagini.

L'età assicurativa al momento di attivazione /riattivazione della copertura temporanea in caso di decesso deve essere non superiore ai 60 anni indipendentemente dal sesso dell'Assicurato stesso. La copertura temporanea in caso di decesso produce effetti, previo consenso della Compagnia e sempre che sia stato corrisposto il premio previsto, dalle ore 24 della data di decorrenza delle coperture assicurative del contratto pensionistico base ovvero, se attivata in epoca successiva, dalle ore 24 dell'anniversario contrattuale che dà inizio all'anno assicurativo da cui si intende attivare la copertura. A fronte delle prestazioni assicurate, l'Assicurato è tenuto a corrispondere un premio ricorrente ad ogni anniversario contrattuale.

Il premio, dovuto ad ogni ricorrenza anniversaria del contratto, deve essere regolato alla prima epoca di conversione che segue o coincide con l'anniversario contrattuale stesso.

Ogni premio costituisce il corrispettivo per la copertura assicurativa relativa all'anno assicurativo che segue la ricorrenza anniversaria cui il premio si riferisce.

Ogni premio annuale ricorrente viene determinato moltiplicando il valore della somma assicurata in caso di decesso nell'anno cui si riferisce il pagamento, per il valore del coefficiente di cui alla tabella sottostante. Il coefficiente deve essere selezionato in funzione dell'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato all'epoca di pagamento e del sesso dell'Assicurato stesso.

Costo della copertura complementare temporanea in caso di decesso per 1.000 Euro di somma assicurata

Età	Maschi	Femmine	Età	Maschi	Femmine
18	1,16	0,58	40	1,83	1,14
19	1,21	0,59	41	1,95	1,21
20	1,24	0,60	42	2,11	1,30
21	1,29	0,59	43	2,28	1,40
22	1,34	0,58	44	2,46	1,51
23	1,34	0,60	45	2,66	1,64
24	1,36	0,61	46	2,95	1,80
25	1,39	0,66	47	3,33	1,98
26	1,45	0,69	48	3,66	2,15
27	1,49	0,71	49	4,00	2,30
28	1,56	0,74	50	4,31	2,43
29	1,63	0,76	51	4,65	2,61
30	1,65	0,80	52	5,10	2,83
31	1,69	0,81	53	5,70	3,11
32	1,68	0,84	54	6,34	3,38
33	1,64	0,85	55	7,10	3,65
34	1,63	0,86	56	7,90	3,98
35	1,61	0,89	57	8,78	4,36
36	1,61	0,93	58	9,76	4,80
37	1,64	0,98	59	10,85	5,24
38	1,70	1,03	60	12,03	5,69
39	1,74	1,09			

Nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio evidenzino uno scostamento rispetto all'andamento futuro previsto del portafoglio, la Compagnia si riserva il diritto di modificare le tabelle dei tassi di premio ogni cinque anni dalla data di sottoscrizione della copertura. Questa modifica è applicata all'intera categoria di contratti emessi alle medesime condizioni. Il nuovo premio non può comunque essere superiore a

quello applicato dalla Compagnia a nuovi clienti per una identica copertura assicurativa. La Compagnia comunica per iscritto all'Assicurato la volontà di esercitare questo diritto almeno un mese prima della ricorrenza annuale della copertura. L'Assicurato che non intenda accettare la variazione deve darne comunicazione scritta alla Compagnia. In questo caso il capitale assicurato viene ridotto in base al rapporto tra il premio precedentemente pagato e il nuovo premio.

Nel momento in cui si verifica il decesso dell'Assicurato il pagamento del premio relativo alla copertura complementare viene sospeso.

E' facoltà dell'Assicurato continuare a corrispondere il premio ricorrente relativo alla copertura temporanea in caso di decesso anche in caso di mancato pagamento del corrispondente premio relativo alla prestazione pensionistica individuale. In caso di mancato pagamento di uno dei premi ricorrenti dovuti, relativamente alla copertura temporanea in caso di decesso, è facoltà dell'Assicurato pagare quanto dovuto entro 30 giorni dalla data di scadenza del premio stesso. Se entro tale termine il premio non viene corrisposto, la copertura temporanea in caso di decesso decade a far data dalla data di esigibilità del pagamento ed i premi corrisposti restano acquisiti dalla Compagnia. E' prevista in questo caso la facoltà dell'Assicurato di riattivare la copertura stessa, previa compilazione dell'apposito questionario sanitario, in corrispondenza ad ogni anniversario successivo alla data di esigibilità della rata di premio non corrisposta. La richiesta di riattivazione può essere effettuata allo sportello della Banca presso cui è stato sottoscritto il contratto. La richiesta deve essere effettuata non più di 60 giorni e non meno di 30 giorni prima dell'anniversario di contratto dal quale si intende attivare/riattivare la copertura. La Compagnia si riserva la facoltà di chiedere ulteriore documentazione sanitaria e comunica all'Assicurato l'accettazione o il rifiuto della richiesta.

c) Prestazione assicurata

La somma assicurata in caso di decesso dell'Assicurato è decrescente nel corso della durata contrattuale e viene determinata in relazione ai contributi base connessi al piano individuale pensionistico. Infatti, la somma assicurata in caso di decesso è pari, ogni anno, al prodotto del contributo base di prima annualità moltiplicato per il numero residuo degli anni mancanti alla scadenza contrattuale. Nel caso di attivazione/riattivazione della copertura in corso di contratto la somma assicurata in caso di decesso è quella che sarebbe risultata, all'epoca di attivazione/riattivazione stessa, nel caso la copertura fosse stata attivata alla decorrenza del contratto.

d) Revoca e recesso

Relativamente alla copertura TCM non è prevista la facoltà di recesso per la Compagnia, fermo quanto stabilito al precedente punto b) - "Modalità di sottoscrizione della copertura, data di effetto, premio, durata ed età all'ingresso dell'Assicurato" in caso di mancato pagamento del premio.

L'Assicurato può esercitare il diritto di revoca e quello di recesso della Proposta-Certificato secondo quanto indicato nella Nota Informativa e nelle Condizioni di Generali di Contratto. Tali opzioni producono lo stesso effetto sia sul contratto previdenziale base che sulle coperture complementari. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca o del recesso, la Compagnia, dietro consegna dell'originale della Proposta-Certificato e delle eventuali appendici di variazione contrattuale, provvede a rimborsare all'Assicurato il premio della copertura complementare eventualmente corrisposto, al netto della parte di premio relativa all'eventuale rischio corso per il periodo nel quale l'assicurazione è rimasta in vigore. A tal fine la parte di premio relativa al rischio corso si determina calcolando il rateo di premio per il tempo intercorso tra la data di effetto della copertura e la data di effetto della revoca/recesso stabilita secondo i criteri sopra descritti. La Compagnia si riserva inoltre il diritto di recuperare le spese sostenute per l'emissione del contratto.

e) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, chiare e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

In particolare, in questi casi la Compagnia si riserva:

- di contestare la validità della copertura, ai sensi dell'articolo 1892 del Codice Civile, quando esiste dolo o colpa grave;
- di recedere dal contratto –limitatamente alla copertura complementare - e, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre le somme da liquidare, ai sensi dell'articolo 1893 del Codice Civile, quando non esiste dolo o colpa grave. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

f) Liquidazione della somma assicurata, carenza, franchigia ed esclusioni

La Compagnia provvede a compiere gli accertamenti necessari per verificare l'indennizzabilità del decesso e rende nota la propria decisione entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione richiesta.

La Compagnia, una volta accertata l'indennizzabilità del sinistro, provvede a liquidare il capitale assicurato per il caso di morte entro i successivi 30 giorni. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi di mora. La carenza per la copertura temporanea in caso di decesso è di 180 giorni (a decorrere dall'ultima epoca di attivazione della copertura stessa). L'immediata efficacia delle coperture attivate è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia. Se l'Assicurato sceglie di non sottoporsi a visita medica - assunzione con il solo questionario -, la garanzia del capitale assicurato viene sospesa durante il periodo di carenza e in caso di sinistro durante tale periodo, nessuna prestazione o restituzione dei premi pagati è dovuta da parte della Compagnia. Tale limitazione non si applica e la Compagnia garantisce l'intera somma assicurata, esclusivamente nel caso in cui il sinistro avvenga per conseguenza diretta di un infortunio sopravvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.

E' escluso dalla copertura temporanea in caso di decesso il sinistro dovuto ad una o più delle seguenti cause:

- dolo dell'Assicurato o del Beneficiario, compreso qualsiasi atto intenzionale che arrechi pregiudizi fisici;
- azioni delittuose o dolose o atti temerari dell'Assicurato, restando comunque coperti gli atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umanità e solidarietà;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione o qualsiasi operazione militare anche se l'Assicurato non vi ha preso parte attiva; qualsiasi lesione subita dall'Assicurato mobilitato in tempo di guerra o durante il suo servizio militare viene considerata in ogni caso derivante da un atto di guerra;
- movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; uso e guida di mezzi subacquei; uso di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo oltre il 3° grado o con accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, baseball, arti marziali, pugilato, atletica pesante, equitazione, immersioni subacquee, vela, discesa libera sugli sci, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, guidoslitta, slittino;
- esercizio delle seguenti attività lavorative: attività che comportano l'accesso ai cantieri, attività agricole, forze armate, forze di polizia, vigili del fuoco, lavoro su piattaforme marine, lavoro su tetti e impalcature, lavoro su imbarcazioni, attività che comportano l'utilizzo di forni ad alta temperatura, attività che comportano l'utilizzo di teleferiche, attività a contatto con sostanze nocive e tossiche, attività a contatto con correnti elettriche superiori a 250 V, attività che comportano l'utilizzo di automezzi di portata superiore a 50 q, missionari, attività a contatto con armi, attori e artisti che svolgono attività pericolose, attività subacquee, collaudo di autoveicoli, attività a contatto con esplosivi, lavoro nel sottosuolo;
- infortuni dovuti a stato di ubriachezza, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- viaggi in zone a rischio;
- esiti di infortuni e malattie che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto;
- malattie correlate all'abuso di alcool, nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti,

- allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- volontario rifiuto di osservare le prescrizioni mediche;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie gravi ad essa correlate;
- malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e disturbi comportamentali;
- decesso causato da suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di effetto della copertura.

g) Riscatto

Per la copertura in caso di decesso non è previsto alcun valore di riscatto.

h) Documentazione necessaria per la liquidazione della somma assicurata in caso di decesso

In caso di decesso, i Beneficiari debbono darne avviso alla Compagnia entro 30 giorni dalla data del decesso, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ovvero recandosi allo sportello della Banca presso cui è stato stipulato il contratto, allegando i seguenti documenti:

- consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dai Beneficiari (legge 196/03);
- originale della Proposta-Certificato, della Lettera Contrattuale di Conferma e delle eventuali appendici contrattuali;
- dati anagrafico fiscali dei Beneficiari e loro coordinate bancarie sottoscritte in originale (nome, cognome, codice fiscale, Banca, codice IBAN di ciascun Beneficiario);
- fotocopia leggibile di un valido documento di identità dei Beneficiari;
- certificato di morte dell'Assicurato (in originale);
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva, in originale, dell'atto di notorietà che attesti la non esistenza di testamento dell'Assicurato e riporti l'indicazione degli eredi legittimi (se sono i Beneficiari indicati sul contratto);
- copia autentica del testamento, se esistente;
- copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione in caso di Beneficiario minorenne o incapace;
- copia integrale della cartella clinica, in caso di decesso avvenuto in ospedale, clinica o casa di cura;
- certificato medico attestante la causa del decesso;
- eventuale referto autoptico e necroscopico;
- eventuale relazione rilasciata dalle autorità competenti con l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora, delle cause e delle circostanze determinanti il decesso.

Inoltre il Beneficiario, gli aventi diritto o altra persona in loro vece devono:

- fornire ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenga opportuno richiedere per l'accertamento del sinistro;
- consentire alla Compagnia di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

i) Regime fiscale

Imposta sui premi ricorrenti

I premi ricorrenti corrisposti in dipendenza della copertura TCM sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità e deducibilità fiscale dei versamenti

E' prevista la deducibilità fiscale dei premi ricorrenti corrisposti per la copertura TCM.

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato sono esenti dall'IRPEF.

E' opportuno verificare comunque la normativa vigente al momento della dichiarazione dei redditi.

ALLEGATO 3

COPERTURA IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE

a) Oggetto

Con la copertura in caso di invalidità totale e permanente la Compagnia si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati il capitale assicurato qualora l'Aderente-Assicurato – in seguito definito Assicurato- venga colpito da invalidità totale e permanente durante il periodo di validità della copertura stessa. 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 66,00%.

Per il calcolo del grado di invalidità dovuto a malattia si conviene di adottare le tabelle contenute nella "Guida alla Valutazione Medico-Legale del Danno Biologico e dell'Invalidità Permanente".

Per il calcolo del grado di invalidità dovuto ad infortunio si conviene di adottare la tabella allegata al D.P.R. 30/06/65 n. 1124. Alla scadenza contrattuale, la copertura decade ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

b) Modalità di sottoscrizione della copertura, data di effetto, premio, durata ed età all'ingresso dell'Assicurato.

La copertura in caso di invalidità totale e permanente è sottoscrivibile dall'Assicurato con le stesse modalità e con gli stessi vincoli temporali previsti per la copertura temporanea in caso di decesso. La sottoscrizione della copertura in caso di invalidità totale e permanente è comunque subordinata, tanto alla decorrenza del contratto vita base quanto in epoca successiva, alla sottoscrizione contestuale anche della copertura temporanea in caso di decesso dell'Assicurato stesso.

La copertura assicurativa in caso di invalidità totale e permanente ha durata monoannuale ed è rinnovabile tacitamente mediante il regolare pagamento, alle scadenze pattuite, del premio ricorrente previsto. La sottoscrizione della copertura assicurativa in caso di invalidità totale e permanente prevede le stesse modalità assuntive previste per la copertura temporanea in caso di decesso dell'Assicurato. L'età assicurativa dell'Assicurato al momento di attivazione/riattivazione della copertura in caso di invalidità totale e permanente deve essere non superiore ai 60 anni indipendentemente dal sesso dell'Assicurato stesso.

La copertura in caso di invalidità totale e permanente produce effetti, previo consenso della Compagnia e sempre che sia stato corrisposto il premio previsto, alle ore 24 della data di decorrenza delle coperture assicurative del contratto pensionistico base ovvero, se attivata in epoca successiva, alle ore 24 dell'anniversario contrattuale che dà inizio all'anno assicurativo da cui si intende attivare la copertura stessa.

A fronte delle prestazioni assicurate, l'Assicurato è tenuto a corrispondere un premio ricorrente ad ogni anniversario contrattuale. Il premio, dovuto ad ogni ricorrenza anniversaria del contratto, deve essere regolato alla prima epoca di conversione che segue o coincide con l'anniversario contrattuale stesso. Ogni premio costituisce il corrispettivo per la copertura assicurativa relativa all'anno assicurativo che segue la ricorrenza anniversaria cui il premio si riferisce.

Ogni premio annuale ricorrente viene determinato moltiplicando il valore della somma assicurata in caso di invalidità totale e permanente nell'anno cui si riferisce il pagamento per il valore del coefficiente di cui alla tabella sottostante. Il coefficiente deve essere selezionato in funzione dell'età assicurativa raggiunta all'epoca di pagamento.

Costo della copertura complementare in caso di invalidità totale e permanente per 1.000 Euro di somma assicurata

Età	Costo	Età	Costo
18	0,44	40	1,22
19	0,44	41	1,28
20	0,44	42	1,34
21	0,48	43	1,42
22	0,52	44	1,50
23	0,54	45	1,62
24	0,58	46	1,76
25	0,62	47	1,94
26	0,64	48	2,16
27	0,68	49	2,44
28	0,72	50	2,76
29	0,76	51	3,12
30	0,80	52	3,56
31	0,82	53	4,06
32	0,88	54	4,64
33	0,92	55	5,28
34	0,94	56	6,00
35	1,00	57	6,78
36	1,04	58	7,60
37	1,08	59	8,50
38	1,14	60	9,44
39	1,18		

Nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio evidenzino uno scostamento rispetto all'andamento futuro previsto del portafoglio, la Compagnia si riserva il diritto di modificare le tabelle dei tassi di premio ogni cinque anni dalla data di sottoscrizione della copertura. Questa modifica è applicata all'intera categoria di contratti emessi alle medesime condizioni. Il nuovo premio non può comunque essere superiore a quello applicato dalla Compagnia a nuovi clienti per una identica copertura assicurativa. La Compagnia comunica per iscritto all'Assicurato la volontà di esercitare questo diritto almeno un mese prima della ricorrenza annuale del contratto. L'Assicurato che non intenda accettare la variazione deve darne comunicazione scritta alla Compagnia. In questo caso il capitale assicurato viene ridotto in base al rapporto tra il premio precedentemente pagato e il nuovo premio.

Nel momento in cui si verifica l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato il pagamento del premio relativo alla copertura complementare viene sospeso. Il sinistro relativo alla copertura in caso di invalidità totale e permanente non ha alcun effetto sulle altre coperture complementari esiste quindi la facoltà di mantenerle attive, secondo le condizioni in vigore antecedentemente al sinistro, continuando a pagare regolarmente il premio periodico stabilito. E' facoltà dell'Assicurato continuare a corrispondere il premio ricorrente relativo alla copertura in caso di invalidità totale e permanente anche in caso di mancato pagamento del corrispondente premio relativo alla prestazione pensionistica individuale. In caso di mancato pagamento di uno dei premi ricorrenti dovuti, relativamente alla copertura in caso di invalidità totale e permanente, è facoltà dell'Assicurato pagare quanto dovuto entro 30 giorni dalla data di scadenza del premio stesso. Se entro tale termine il premio non viene corrisposto, la copertura in caso di invalidità totale e permanente decade a far tempo dalla data di esigibilità del pagamento ed i premi corrisposti restano acquisiti dalla Compagnia. E' prevista in questo caso la

facoltà dell'Assicurato di riattivare la copertura stessa, previa compilazione dell'apposito questionario sanitario, in corrispondenza ad ogni anniversario successivo alla data di esigibilità del premio non corrisposto. La richiesta di riattivazione può essere effettuata allo sportello della Banca presso cui è stato sottoscritto il contratto. La richiesta deve essere effettuata non più di 60 giorni e non meno di 30 giorni prima dell'anniversario contrattuale dal quale si intende attivare/riattivare la copertura. La Compagnia si riserva la facoltà di chiedere ulteriore documentazione sanitaria e comunica all'Assicurato l'accettazione o il rifiuto della richiesta.

c) Prestazione assicurata

La somma assicurata in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato è decrescente nel corso della durata contrattuale e viene determinata in relazione ai contributi base del piano individuale pensionistico. Infatti, la somma assicurata in caso di invalidità totale e permanente è pari, ogni anno, al 50% della corrispondente somma assicurata della copertura temporanea in caso di decesso dell'Assicurato. Nel caso di attivazione/riattivazione della copertura in corso di contratto la somma assicurata in caso di invalidità totale e permanente è quella che sarebbe risultata, all'epoca di attivazione/riattivazione stessa, nel caso la copertura fosse stata attivata alla decorrenza del contratto.

d) Revoca e recesso

Relativamente alla copertura in caso di invalidità totale e permanente non è prevista la facoltà di recesso per la Compagnia, fermo quanto stabilito al precedente punto b) "Modalità di sottoscrizione della copertura, data di effetto, premio, durata ed età all'ingresso dell'Assicurato" in caso di mancato pagamento del premio. L'Assicurato può esercitare il diritto di revoca e quello di recesso della Proposta-Certificato secondo quanto esplicitamente indicato nella Nota Informativa e nelle Condizioni Generali di Contratto. Tali opzioni producono lo stesso effetto sia sul contratto previdenziale base che sulle coperture complementari. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca o del recesso, la Compagnia, dietro consegna dell'originale della Proposta-Certificato e delle eventuali appendici di variazione contrattuale, provvede a rimborsare all'Assicurato il premio della copertura complementare eventualmente corrisposto, al netto della parte di premio relativa all'eventuale rischio corso per il periodo nel quale l'assicurazione è rimasta in vigore. A tal fine la parte di premio relativa al rischio corso si determina calcolando il rateo di premio per il tempo intercorso tra la data di effetto della copertura e la data di effetto della revoca/recesso stabilita secondo i criteri sopra descritti. La Compagnia si riserva inoltre il diritto di recuperare le spese sostenute per l'emissione del contratto.

e) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, chiare e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

In particolare, in questi casi la Compagnia si riserva:

- di contestare la validità della copertura, ai sensi dell'articolo 1892 del Codice Civile, quando esiste dolo o colpa grave;
- di recedere dal contratto –limitatamente alla copertura complementare - e, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre le somme da liquidare, ai sensi dell'articolo 1893 del Codice Civile, quando non esiste dolo o colpa grave. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

f) Liquidazione della somma assicurata, carenza, franchigia ed esclusioni

La Compagnia provvede a compiere gli accertamenti necessari per verificare l'indennizzabilità dell'invalidità totale e permanente e rende nota la propria decisione entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione richiesta.

La Compagnia, una volta accertata l'indennizzabilità del sinistro, provvede a liquidare il capitale assicurato per il caso di invalidità totale e permanente entro i successivi 30 giorni. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi di mora. Le eventuali controversie di natura medica sul riconoscimento dell'invalidità totale e permanente sono demandate al Collegio dei Medici.

Le Parti conferiscono mandato, con scrittura privata, a un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio dei Medici ha sede nel comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato ove è presente un Istituto di Medicina Legale. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e alle competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le Parti.

La carenza per la copertura di invalidità totale e permanente è di 180 giorni (a decorrere dall'ultima epoca di attivazione della copertura stessa).

L'immediata efficacia delle coperture attivate è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia.

Se l'Assicurato sceglie di non sottoporsi a visita medica - assunzione con il solo questionario -, la garanzia del capitale assicurato viene sospesa durante il periodo di carenza e in caso di sinistro durante tale periodo, nessuna prestazione o restituzione dei premi pagati è dovuta da parte della Compagnia.

Tale limitazione non si applica e la Compagnia garantisce l'intera somma assicurata, esclusivamente nel caso in cui il sinistro avvenga per conseguenza diretta di un infortunio sopravvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.

E' escluso dalla copertura in caso di invalidità totale e permanente il sinistro dovuto ad una o più delle seguenti cause:

- dolo dell'Assicurato o del Beneficiario, compreso qualsiasi atto intenzionale che arrechi pregiudizi fisici;
- azioni delittuose o dolose o atti temerari dell'Assicurato, restando comunque coperti gli atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umanità e solidarietà;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione o qualsiasi operazione militare anche se l'Assicurato non vi ha preso parte attiva; qualsiasi lesione subita dall'Assicurato mobilitato in tempo di guerra o durante il suo servizio militare viene considerata in ogni caso derivante da un atto di guerra;
- movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, uso e guida di mezzi subacquei; uso di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo oltre il 3° grado o con accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, baseball, arti marziali, pugilato, atletica pesante, equitazione, immersioni subacquee, vela, discesa libera sugli sci, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, guidoslitta, slittino;
- esercizio delle seguenti attività lavorative: attività che comportano l'accesso ai cantieri, attività agricole, forze armate, forze di polizia, vigili del fuoco, lavoro su piattaforme marine, lavoro su tetti e impalcature, lavoro su imbarcazioni, attività che comportano l'utilizzo di forni ad alta temperatura, attività che comportano l'utilizzo di teleferiche, attività a contatto con sostanze nocive e tossiche, attività a contatto con correnti elettriche superiori a 250 V, attività che comportano l'utilizzo di automezzi di portata superiore a 50 q, missionari, attività a contatto con armi, attori e artisti che svolgono attività pericolose, attività subacquee, collaudo di autoveicoli, attività a contatto con esplosivi, lavoro nel sottosuolo;
- infortuni dovuti a stato di ubriachezza, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- viaggi in zone a rischio;
- esiti di infortuni e malattie che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto;
- malattie correlate all'abuso di alcool, nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- volontario rifiuto di osservare le prescrizioni mediche;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie gravi ad essa correlate;

- malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e disturbi comportamentali;
- tentato suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di effetto della copertura.

g) Riscatto

Per la copertura in caso di invalidità totale e permanente non è previsto alcun valore di riscatto.

h) Documentazione necessaria per la liquidazione della somma assicurata in caso di invalidità totale e permanente

In caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato nel periodo di validità della copertura, l'Assicurato stesso o comunque altra persona in Sua vece, deve darne avviso alla Compagnia entro 30 giorni dalla data del sinistro, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno ovvero recandosi allo sportello della Banca presso cui è stato stipulato il contratto, e allegare i seguenti documenti:

- dati anagrafico fiscali dell'Assicurato e Sue coordinate bancarie sottoscritte in originale (nome, cognome, codice fiscale, Banca, codice IBAN su cui eseguire l'accredito);
- fotocopia leggibile di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- copia integrale delle cartelle cliniche relative agli eventuali ricoveri in ospedale, clinica o casa di cura, resisi necessari per le malattie o gli infortuni che avrebbero determinato l'invalidità;
- certificato medico attestante lo stato di invalidità;
- in caso di infortunio, eventuale relazione rilasciata dalle autorità competenti con l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora, delle cause e delle circostanze determinanti il sinistro.

In considerazione di particolari esigenze istruttorie la Compagnia può richiedere:

- Documentazione clinica sanitaria
- Eventuale giornale che riporti la dinamica dell'incidente
- Risultanze di eventuali indagini giudiziarie

Inoltre, i Beneficiari devono consentire alla Compagnia di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

i) Regime fiscale

Imposta sui premi ricorrenti

I premi ricorrenti corrisposti in dipendenza della copertura in caso di invalidità totale e permanente sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità e deducibilità fiscale dei versamenti

E' prevista la deducibilità fiscale dei premi ricorrenti corrisposti per la copertura in caso di invalidità totale e permanente

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in caso di invalidità totale e permanente sono esenti dall'IRPEF.

E' opportuno verificare comunque la normativa vigente al momento della dichiarazione dei redditi.

ALLEGATO 4

COPERTURA IN CASO DI MALATTIA GRAVE (DD – DREAD DISEASE)

a) Oggetto

Con la copertura DD la Compagnia si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati il capitale assicurato qualora l'Aderente-Assicurato - in seguito definito Assicurato - venga diagnosticata una malattia grave durante il periodo di validità della copertura.

Dopo la liquidazione del capitale assicurato per malattia grave, la copertura assicurativa DD si estingue e nulla è più dovuto qualora l'Assicurato venga colpito da un'altra malattia grave.

Quindi, in ogni caso, il capitale assicurato per la copertura assicurativa per il caso di malattia grave può essere corrisposto una sola volta.

Ai fini della presente copertura sono considerate malattie gravi le seguenti condizioni:

- *Ictus*
Accidente cerebro-vascolare che produca un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda:
 - infarto del tessuto cerebrale,
 - emorragia di vaso intracranico, oppure - embolizzazione da fonte extracranica.
- *Attacco cardiaco*
Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante dall'improvvisa interruzione di un apporto sufficiente di sangue alla regione interessata.
La diagnosi viene formulata sulla base di tutti e tre i seguenti criteri:
 - anamnesi di precordialgia tipica,
 - nuove alterazioni elettrocardiografiche e
 - aumento degli enzimi cardiaci.E' esclusa qualsiasi forma di angina pectoris.
- *Cancro*
Presenza di crescita e diffondersi incontrollato di cellule maligne e invasione dei tessuti. È necessario dimostrare con prove inconfutabili l'invasione dei tessuti con istologia dettagliata di neoplasia maligna. Il termine "cancro" comprende anche leucemia, linfomi e malattia di Hodgkin. Dalla garanzia sono esclusi i carcinomi in situ, i tumori della pelle ad eccezione del melanoma maligno, i tumori localizzati non invasivi che mostrano solo degenerazioni maligne iniziali e i tumori in presenza di qualsiasi virus da immunodeficienza.
- *Chirurgia cardiovascolare*
Intervento chirurgico a cuore aperto mirato a correggere la stenosi o l'occlusione di due o più coronarie con innesti di porzioni autologhe della vena safena o dell'arteria mammaria interna. Non sono indennizzabili tutte le procedure non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione chirurgica di un'ostruzione con tecniche laser. È necessaria prova angiografica della patologia che ha reso necessario l'intervento.
- *Insufficienza renale*
Insufficienza renale terminale, dovuta ad insufficienza renale cronica irreversibile di entrambi i reni. E' necessaria prova che l'Assicurato si sottopone a emodialisi regolare o si è già sottoposto a trapianto renale.
- *Trapianto di organi principali*
L'effettivo sottoporsi come ricevente a un trapianto di cuore, cuore e polmoni, fegato o midollo osseo.

In caso di non insorgenza di una malattia grave durante il periodo di validità della copertura, la copertura stessa decade ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

b) Modalità di sottoscrizione della copertura, data di effetto, premio, durata ed età all'ingresso dell'Assicurato

La copertura DD è sottoscrivibile dall' Assicurato con le stesse modalità e con gli stessi vincoli temporali previsti per la copertura temporanea in caso di decesso . La sottoscrizione della copertura DD è comunque subordinata, tanto alla decorrenza del contratto vita base quanto in epoca successiva, alla sottoscrizione contestuale anche della copertura temporanea in caso di decesso dell'Assicurato. La copertura assicurativa DD ha durata monoannuale ed è rinnovabile tacitamente dall'Assicurato mediante il regolare pagamento, alle scadenze pattuite, del premio ricorrente previsto. La sottoscrizione della copertura assicurativa DD prevede le stesse modalità assuntive previste per la copertura temporanea in caso di decesso dell'Assicurato. L'età assicurativa dell'Assicurato al momento di attivazione/riattivazione della copertura DD deve essere non superiore ai 60 anni indipendentemente dal sesso dell'Assicurato stesso. La copertura DD produce effetti, previo consenso della Compagnia e sempre che sia stato corrisposto il premio previsto, alle ore 24 della data di decorrenza delle coperture assicurative del contratto pensionistico base ovvero, se attivata in epoca successiva, alle ore 24 dell'anniversario contrattuale che dà inizio all'anno assicurativo da cui si intende attivare la copertura stessa. A fronte delle prestazioni assicurate, l'Assicurato è tenuto a corrispondere un premio ricorrente ad ogni anniversario contrattuale. Il premio, dovuto ad ogni ricorrenza anniversaria del contratto, deve essere regolato alla prima epoca di conversione che segue o coincide con l'anniversario contrattuale stesso. Ogni premio costituisce il corrispettivo per la copertura assicurativa relativa all'anno assicurativo che segue la ricorrenza anniversaria cui il premio si riferisce. Ogni premio annuale ricorrente viene determinato moltiplicando il valore della somma assicurata in caso di grave malattia nell'anno cui si riferisce il pagamento per il valore del coefficiente di cui alla tabella sottostante. Il coefficiente deve essere selezionato in funzione dell'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato all'epoca di pagamento e al sesso dell'Assicurato stesso.

Costo della copertura complementare DD per 1.000 Euro di somma assicurata

Età	Maschi	Femmine	Età	Maschi	Femmine
18	0,87	0,73	40	3,27	4,69
19	0,9	0,77	41	3,57	5,11
20	0,93	0,81	42	3,95	5,48
21	0,97	0,85	43	4,5	5,91
22	1,02	0,9	44	5,24	6,4
23	1,08	0,95	45	6,08	6,94
24	1,13	1	46	6,91	7,5
25	1,19	1,05	47	7,71	8,1
26	1,26	1,14	48	8,56	8,71
27	1,33	1,28	49	9,47	9,35
28	1,4	1,44	50	10,42	10,01
29	1,47	1,63	51	11,48	10,74
30	1,55	1,86	52	12,57	11,55
31	1,62	2,07	53	13,78	12,4
32	1,68	2,24	54	15,11	13,26
33	1,79	2,43	55	16,4	14,21
34	1,93	2,64	56	17,91	15,18
35	2,1	2,88	57	19,68	16,15
36	2,3	3,15	58	21,93	17,19
37	2,54	3,46	59	24,65	18,4
38	2,79	3,81	60	27,51	19,78
39	3,04	4,22			

Nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio evidenzino uno scostamento rispetto all'andamento futuro previsto del portafoglio, la Compagnia si riserva il diritto di modificare le tabelle dei tassi di premio ogni cinque anni dalla data di stipulazione della copertura. Questa modifica è applicata all'intera categoria di contratti emessi alle medesime condizioni. Il nuovo premio non può comunque essere superiore a quello applicato dalla Compagnia a nuovi clienti per una identica copertura assicurativa. La Compagnia comunica per iscritto all'Assicurato la volontà di esercitare questo diritto almeno un mese prima della ricorrenza annuale del contratto vita base. L'Assicurato che non intenda accettare la variazione deve darne comunicazione scritta alla Compagnia.

In questo caso il capitale assicurato viene ridotto in base al rapporto tra il premio precedentemente pagato e il nuovo premio. Nel momento in cui si verifica la grave malattia dell'Assicurato il pagamento del premio relativo alla copertura complementare viene sospeso. Nel momento in cui si verifica l'invalidità totale e permanente dell'Assicurato il pagamento del premio relativo alla copertura complementare viene sospeso. Il sinistro relativo alla copertura in caso di grave malattia non ha alcun effetto sulle altre coperture complementari e quindi l'Assicurato ha la facoltà di mantenerle attive, secondo le condizioni in vigore antecedentemente al sinistro, continuando a pagare regolarmente il premio periodico stabilito. E' facoltà dell'Assicurato continuare a corrispondere il premio ricorrente relativo alla copertura DD anche in caso di mancato pagamento del corrispondente premio relativo alla prestazione pensionistica individuale. In caso di mancato pagamento di uno dei premi ricorrenti dovuti, relativamente alla copertura DD, è facoltà dell'Assicurato pagare quanto dovuto entro 30 giorni dalla data di scadenza del premio stesso. Se entro tale epoca non viene corrisposto quanto dovuto la copertura DD decade a far data dalla data di esigibilità del pagamento ed i premi corrisposti restano acquisiti dalla Compagnia. E' prevista in questo caso la facoltà dell'Assicurato di riattivare la copertura stessa, previa compilazione dell'apposito questionario sanitario, in corrispondenza ad ogni anniversario successivo alla data di esigibilità del premio non corrisposto. La richiesta di riattivazione può essere effettuata allo sportello della Banca presso cui è stato sottoscritto il contratto. La richiesta deve essere effettuata non più di 60 giorni e non meno di 30 giorni prima dell'anniversario contrattuale dal quale si intende attivare/riattivare la copertura. La Compagnia si riserva la facoltà di chiedere ulteriore documentazione sanitaria e comunica all'Assicurato l'accettazione o il rifiuto della richiesta.

c) Prestazione assicurata

La somma assicurata in caso di grave malattia che colpisca l'Assicurato è decrescente nel corso della durata contrattuale e viene determinata in relazione ai contributi base del piano individuale pensionistico. Infatti, la somma assicurata in caso di grave malattia è pari, ogni anno, al 50,00% della corrispondente somma assicurata della copertura temporanea in caso di decesso. Nel caso di attivazione/riattivazione della copertura DD in corso di contratto la somma assicurata in caso di grave malattia è quella che sarebbe risultata, all'epoca di attivazione/riattivazione stessa, nel caso la copertura fosse stata attivata alla decorrenza del contratto.

d) Revoca e recesso

Relativamente alla copertura DD non è prevista la facoltà di recesso per la Compagnia, fermo quanto stabilito al precedente punto b) "Modalità di sottoscrizione della copertura, data di effetto, premio, durata ed età all'ingresso dell'Assicurato" in caso di mancato pagamento del premio. L'Assicurato può esercitare il diritto di revoca e quello di recesso della Proposta-Certificato secondo quanto esplicitamente indicato nella Nota Informativa e nelle Condizioni di Assicurazione. Tali opzioni producono lo stesso effetto sia sul contratto previdenziale base che sulle coperture complementari. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca o del recesso, la Compagnia, dietro consegna dell'originale della Proposta-Certificato e delle eventuali appendici di variazione contrattuale, provvede a rimborsare all'Assicurato il premio della copertura complementare eventualmente corrisposto, al netto della parte di premio relativa all'eventuale rischio corso per il periodo nel quale l'assicurazione è rimasta in vigore. A tal fine la parte di premio relativa al rischio corso si determina calcolando il rateo di premio per il tempo intercorso tra la data di effetto della copertura e la data di effetto della revoca/recesso stabilita secondo i criteri sopra descritti. La Compagnia si riserva inoltre il diritto di recuperare le spese sostenute per l'emissione del contratto.

e) Riscatto

Per la copertura DD non è previsto alcun valore di riscatto.

f) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, chiare e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

In particolare, in questi casi la Compagnia si riserva:

- di contestare la validità della copertura, ai sensi dell'articolo 1892 del Codice Civile, quando esiste dolo o colpa grave;
- di recedere dal contratto –limitatamente alla copertura complementare - e, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre le somme da liquidare, ai sensi dell'articolo 1893 del Codice Civile, quando non esiste dolo o colpa grave.

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

g) Liquidazione della somma assicurata, carenza, franchigia ed esclusioni

La Compagnia provvede a compiere gli accertamenti necessari per verificare l'indennizzabilità della malattia grave denunciata e rende nota la propria decisione entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione richiesta.

La Compagnia, una volta accertata l'indennizzabilità del sinistro, provvede a liquidare il capitale assicurato per il caso di malattia grave entro i successivi 30 giorni.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi di mora. Le eventuali controversie di natura medica sul riconoscimento dell'insorgenza di una malattia grave coperta dal contratto sono demandate al Collegio dei Medici.

Le Parti conferiscono mandato, con scrittura privata, a un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio dei Medici ha sede nel comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato ove è presente un Istituto di Medicina Legale. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e alle competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le Parti.

La malattia grave si considera insorta al momento in cui viene diagnosticata e quindi in particolare alla data indicata nella documentazione medica fornita al momento della denuncia.

Il capitale assicurato, nel caso in cui l'Assicurato venga colpito da una malattia grave, viene corrisposto se l'Assicurato è in vita al termine di un periodo di qualificazione di 30 giorni.

Il presente termine decorre dal momento in cui è insorta la malattia.

In caso di morte dell'Assicurato durante il periodo di qualificazione non viene erogato il capitale assicurato della copertura per malattie gravi.

La carenza per la copertura DD è di 180 giorni (a decorrere dall'ultima epoca di attivazione della copertura stessa).

Tale limitazione non si applica e la Compagnia garantisce l'intera somma assicurata, esclusivamente nel caso in cui il sinistro avvenga per conseguenza diretta di un infortunio sopravvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione. Non sono previsti periodi di franchigia per la copertura DD.

E' escluso dalla copertura DD il sinistro dovuto ad una o più delle seguenti cause:

- dolo dell'Assicurato o del Beneficiario, compreso qualsiasi atto intenzionale che arrechi pregiudizi fisici;
- azioni delittuose o dolose o atti temerari dell'Assicurato, restando comunque coperti gli atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umanità e solidarietà;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione o qualsiasi operazione militare anche se l'Assicurato non vi ha preso parte attiva; qualsiasi lesione subita dall'Assicurato mobilitato in tempo di guerra o durante il suo servizio militare viene considerata in ogni caso

- derivante da un atto di guerra;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
 - pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee;
 - esercizio delle seguenti attività lavorative: forze armate, forze di polizia, vigili del fuoco, attività a contatto con sostanze nocive e tossiche, attività a contatto con correnti elettriche superiori a 250 V, missionari, attività subacquee, attività a contatto con esplosivi, lavoro nel sottosuolo;
 - viaggi in zone a rischio;
 - esiti di infortuni e malattie che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto;
 - malattie correlate all'abuso di alcool, nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
 - volontario rifiuto di osservare le prescrizioni mediche;
 - sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie gravi ad essa correlate;
 - malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e disturbi comportamentali;
 - tentato suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di effetto della copertura.

h) Documentazione necessaria per la liquidazione della somma assicurata in caso di grave malattia

Al verificarsi di una delle malattie gravi indicate, l'Assicurato o altra persona in loro vece debbono darne avviso alla Compagnia entro 30 giorni dalla data della diagnosi, mediante comunicazione da effettuare allo sportello della Banca presso cui è stato stipulato il contratto o mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno da inviare alla Compagnia, allegando i seguenti documenti:

- dati anagrafici fiscali dei Beneficiari e loro coordinate bancarie sottoscritte in originale (nome, cognome, codice fiscale, Banca, codice IBAN su cui eseguire l'accredito);
- fotocopia leggibile di un valido documento di identità dei Beneficiari;
- copia integrale delle cartelle cliniche relative agli eventuali ricoveri in ospedale, clinica o casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata la malattia grave;
- certificato medico attestante la grave malattia;
- in caso di infortunio, eventuale relazione rilasciata dalle autorità competenti con l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora, delle cause e delle circostanze determinanti il sinistro.

In considerazione di particolari esigenze istruttorie la Compagnia può richiedere:

- Documentazione clinica sanitaria
- Eventuale giornale che riporti la dinamica dell'incidente
- Risultanze di eventuali indagini giudiziarie

Inoltre, i Beneficiari devono consentire alla Compagnia di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

i) Regime fiscale

Imposta sui premi ricorrenti

I premi ricorrenti corrisposti in dipendenza della copertura DD sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità e deducibilità fiscale dei versamenti

E' prevista la detraibilità fiscale dei premi ricorrenti corrisposti per la copertura DD.

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte in caso di grave malattia sono esenti dall'IRPEF.

E' opportuno verificare comunque la normativa vigente al momento della dichiarazione dei redditi.

ALLEGATO 5

COPERTURA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA (LTC - LONG TERM CARE)

a) Oggetto

La LTC è una copertura assicurativa che offre una protezione finanziaria rispetto ai costi associati alla perdita da parte dell'Assicurato dell'autosufficienza.

La LTC infatti prevede la corresponsione di una rendita vitalizia nel caso in cui l'Aderente-Assicurato – in seguito definito Assicurato - si trovi, nel periodo di validità della copertura, in stato di non autosufficienza come descritto al successivo punto b) “Definizione dello stato di non autosufficienza”.

La corresponsione della rendita viene comunque interrotta nel caso l'Assicurato recuperi la condizione di autosufficienza.

A fronte della prestazione assicurata l'Assicurato si impegna a versare un premio periodico aggiuntivo rispetto a quelli previsti dal piano base di versamenti, in base a quanto indicato al successivo punto c) “Modalità di sottoscrizione della copertura, data di effetto, premio, durata ed età all'ingresso dell'Assicurato”.

b) Definizione dello stato di non autosufficienza

Lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato viene valutato sulla base della capacità dell'individuo a compiere una serie di attività della vita quotidiana (ADL – Activities of Daily Living).

Le attività della vita quotidiana sono:

- *Lavarsi:*
indica la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia) o di lavarsi in modo soddisfacente in altro modo.
- *Vestirsi:*
indica la capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici.
- *Alimentarsi:*
indica la capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri.
- *Andare in bagno:*
indica la capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente.
- *Mobilità:*
indica la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano.
- *Spostarsi:*
indica la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa.

L'incapacità di compiere le ADL deve essere intesa come l'impossibilità fisica totale e presumibilmente permanente di compiere, anche con l'aiuto di speciali apparecchiature ma senza l'aiuto di una terza persona, le attività indicate. Il grado di non autosufficienza dell'Assicurato è determinato sommando il numero di attività della vita quotidiana che non è in grado di svolgere. La prestazione contrattuale viene erogata quando l'Assicurato non è in grado di compiere quattro delle sei ADL.

c) Modalità di sottoscrizione della copertura, data di effetto, premio, durata ed età all'ingresso dell'Assicurato.

La copertura LTC è sottoscrivibile dall'Assicurato contestualmente alla sottoscrizione della Proposta-Certificato della forma pensionistica individuale, o ad ogni anniversario del contratto pensionistico base, o alla scadenza contrattuale.

La copertura assicurativa contro il rischio di non autosufficienza ha, prima della scadenza del contratto pensionistico base, durata monoannuale ed è rinnovabile tacitamente dall'Assicurato mediante il regolare pagamento, alle scadenze pattuite, del premio ricorrente previsto.

Alla scadenza contrattuale è prevista la facoltà dell'Assicurato di optare per l'estensione della copertura LTC anche al periodo di godimento della prestazione pensionistica ovvero di sottoscrivere tale copertura nel caso non fosse stata opzionata in precedenza.

Tale copertura è a vita intera e quindi la Compagnia corrisponde la prestazione assicurata all'insorgere dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato in qualsiasi momento questo dovesse verificarsi nel corso della durata residua di vita dell'Assicurato stesso.

L'età assicurativa dell'Assicurato al momento di attivazione/riattivazione della copertura LTC deve essere non superiore ai 65 anni indipendentemente dal sesso dell'Assicurato stesso. Tale limite si applica anche al caso di estensione della copertura LTC al periodo di godimento della rendita.

La copertura è quindi estendibile alla scadenza contrattuale soltanto da Assicurati per cui sia verificata almeno una delle due condizioni:

- abbiano al più 65 anni al termine della fase di accumulo;
- abbiano attivato la copertura LTC nel corso della fase di accumulo (nel rispetto del limite massimo di 65 anni di età) e tale copertura sia rimasta attiva senza soluzione di continuità fino alla scadenza contrattuale.

La sottoscrizione della copertura LTC prevede la compilazione, da parte dell'Assicurato, di un questionario sanitario riguardante il suo stato di salute e quello relativo ai componenti del suo nucleo familiare. L'accettazione del rischio e quindi l'efficacia della copertura LTC è subordinata alla valutazione dei questionari sanitari stessi da parte della Compagnia.

La Proposta-Certificato – completa del questionario sanitario – accettata dalla Compagnia può essere sottoscritta dall'Assicurato – e quindi dare avvio al rapporto contrattuale- entro 15 giorni, sempre che a tale epoca non sia cambiata l'età assicurativa, dalla data di accettazione della Compagnia. Trascorso tale termine, l'Assicurato deve procedere alla sottoscrizione di una nuova Proposta-Certificato e di un nuovo questionario sanitario.

Infine, è prevista la facoltà della Compagnia di richiedere ulteriori accertamenti concernenti lo stato di salute dell'Assicurato come indicato nella seguente tabella:

Importo di rendita annuale di non autosufficienza			
Età assicurativa all'attivazione della LTC	Solo questionario sanitario per importo fino a	Questionario sanitario e VM per importo fino a	Questionario sanitario, VM, ECG ed AL fino a
Fino a 55 anni	€18.000,00	€24.000,00	€24.000,00
Da 56 a 60 anni	€12.000,00	€18.000,00	€24.000,00
Da 61 a 65 anni	€6.000,00	€12.000,00	€24.000,00

Nella tabella la simbologia deve essere così interpretata:

VM: visita medica con analisi ed esame microscopico delle urine eseguiti in laboratorio

ECG: tracciato completo di ECG da sforzo massimale al cicloergometro secondo protocolli standard con tracciato completo

AL: glicemia e assetto lipidico totale: colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, elettroforesi lipidica

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di validità della copertura LTC, sia esso antecedente o successivo alla scadenza contrattuale, la copertura si estingue ed i premi corrisposti alla Compagnia fino a quel momento restano acquisiti dalla Compagnia. Se il decesso è successivo all'insorgere dello stato di non autosufficienza e quindi è già in corso la corresponsione della prestazione assicurata, la Compagnia interrompe la corresponsione della prestazione stessa.

La copertura LTC produce effetti, previo consenso della Compagnia e sempre che sia stato corrisposto il premio previsto, alle ore 24 della data di decorrenza delle coperture assicurative del contratto pensionistico base ovvero, se attivata in epoca successiva, alle ore 24 dell'anniversario contrattuale che dà inizio all'anno assicurativo da cui si intende attivare la copertura stessa.

A fronte delle prestazioni assicurate prima della scadenza del contratto PIP, l'Assicurato è tenuto a corrispondere un premio ricorrente ad ogni anniversario contrattuale.

Il premio, dovuto ad ogni ricorrenza anniversaria del contratto, deve essere regolato alla prima epoca di conversione che segue o coincide con l'anniversario contrattuale stesso. Ogni premio costituisce il corrispettivo per la copertura assicurativa relativa all'anno assicurativo che segue la ricorrenza anniversaria cui il premio si riferisce.

Ogni premio annuale ricorrente viene determinato moltiplicando il valore della rendita annua assicurata nell'anno cui si riferisce il pagamento per il valore del coefficiente di cui alla tabella sottostante. Il coefficiente deve essere selezionato in funzione dell'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato all'epoca di pagamento e del sesso dell'Assicurato stesso.

Costo della copertura complementare LTC per 1.000 Euro di rendita annuale assicurata

Età	Maschi	Femmine	Età	Maschi	Femmine
18	1,84	3,36	42	6,62	12,20
19	1,84	3,36	43	6,96	12,86
20	1,84	3,36	44	7,36	13,61
21	2,06	3,58	45	7,74	14,42
22	2,29	3,78	46	8,30	15,41
23	2,49	4,07	47	9,00	16,46
24	2,72	4,37	48	9,64	17,50
25	2,97	4,80	49	10,24	18,49
26	3,27	5,19	50	10,80	19,41
27	3,58	5,62	51	11,40	20,53
28	3,93	6,03	52	12,20	21,82
29	4,31	6,51	53	13,25	23,37
30	4,63	7,03	54	14,33	24,88
31	4,99	7,53	55	15,63	26,47
32	5,23	7,84	56	16,97	28,28
33	5,43	8,14	57	18,43	30,35
34	5,49	8,39	58	20,08	32,60
35	5,48	8,75	59	21,90	34,96
36	5,47	9,16	60	23,86	37,39
37	5,55	9,62	61	25,98	39,99
38	5,71	10,07	62	28,27	42,98
39	5,81	10,56	63	30,77	46,36
40	6,01	11,01	64	33,54	50,12
41	6,28	11,58			

Nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio evidenzino uno scostamento rispetto all'andamento futuro previsto del portafoglio, la Compagnia si riserva il diritto di modificare le tabelle dei tassi di premio ogni cinque anni dalla data di stipulazione della copertura. Questa modifica è applicata all'intera categoria di contratti emessi alle medesime condizioni.

Il nuovo premio non può comunque essere superiore a quello applicato dalla Compagnia a nuovi clienti per una identica copertura assicurativa.

La Compagnia comunica per iscritto all'Assicurato la volontà di esercitare questo diritto almeno un mese prima della ricorrenza annuale del contratto vita base.

L'Assicurato che non intenda accettare la variazione deve darne comunicazione scritta alla Compagnia.

In questo caso il capitale assicurato viene ridotto in base al rapporto tra il premio precedentemente pagato e il nuovo premio. Nel momento in cui si verifica lo stato di non autosufficienza il pagamento del premio relativo alla copertura complementare viene sospeso.

E' facoltà dell'Assicurato continuare a corrispondere il premio ricorrente relativo alla copertura LTC anche in caso di mancato pagamento del corrispondente premio relativo alla prestazione pensionistica individuale.

In caso di mancato pagamento di uno dei premi ricorrenti dovuti, relativamente alla copertura LTC, è facoltà dell'Assicurato pagare quanto dovuto entro 30 giorni dalla data di scadenza del premio stesso. In caso contrario la copertura LTC decade a far tempo dalla data di esigibilità del pagamento ed i premi corrisposti restano acquisiti dalla Compagnia. E' prevista in questo caso la facoltà dell'Assicurato di riattivare la copertura LTC, previa compilazione dell'apposito questionario sanitario, in corrispondenza ad ogni anniversario successivo alla data di esigibilità della rata di premio non corrisposta.

La richiesta di riattivazione può essere effettuata allo sportello della Banca presso cui è stato sottoscritto il contratto. La richiesta deve essere effettuata non più di 60 giorni e non meno di 30 giorni prima dell'anniversario contrattuale dal quale si intende attivare/riattivare la copertura.

Nel caso venga opzionata la copertura successivamente alla scadenza contrattuale l'Assicurato non è tenuto a corrispondere alcun premio ma la Compagnia corrisponde la rendita, che costituisce la prestazione previdenziale, di importo inferiore rispetto a quella che sarebbe stata erogata in caso di non opzione della copertura complementare LTC.

d) Prestazione assicurata

La rendita di non autosufficienza viene determinata in relazione alle prestazioni previste dal piano individuale di previdenza. Più precisamente, se la copertura è relativa al periodo precedente la scadenza contrattuale, l'importo annuale iniziale della rendita di non autosufficienza è pari al contributo annuale del piano individuale pensionistico dovuto nel corso del primo anno di durata del contratto. Nel caso la copertura sia relativa all'epoca successiva alla scadenza contrattuale, la rendita è pari all'importo della rendita corrisposta a titolo di prestazione integrativa pensionistica (che quindi si raddoppia in caso di non autosufficienza dell'Assicurato).

L'importo iniziale della rendita assicurata si rivaluta annualmente, ma non successivamente alla scadenza contrattuale, in ragione di un saggio annuale di interesse dell'1,5%. La rendita assicurata rivalutata si ottiene, ad ogni anniversario, sommando alla rendita assicurata all'anniversario precedente il prodotto della rendita stessa e del saggio di rendimento dell'1,5%. Nel caso di attivazione/riattivazione della copertura in corso di contratto la rendita annuale assicurata è quella che sarebbe risultata, all'epoca di attivazione/riattivazione stessa, nel caso la copertura fosse stata attivata alla decorrenza del contratto.

e) Revoca e recesso

Relativamente alla copertura LTC non è prevista la facoltà di recesso per la Compagnia, fermo quanto stabilito al precedente punto c) "Modalità di sottoscrizione della copertura, data di effetto, premio, durata ed età all'ingresso dell'Assicurato" in caso di mancato pagamento del premio. L'Assicurato può esercitare il diritto di revoca e quello di recesso della Proposta-Certificato secondo quanto esplicitamente indicato nella Nota Informativa e nelle Condizioni Generali di Contratto. Tali opzioni producono gli stessi effetti sia sul contratto previdenziale base che sulle coperture complementari.

f) Modalità di liquidazione della rendita di non autosufficienza, carenza, franchigia ed esclusioni

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione di denuncia del sinistro, la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Completate le verifiche e riconosciuto il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il termine di franchigia, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita vitalizia.

L'assicurato può sospendere il versamento dei premi relativi alla copertura solo dopo aver ricevuto comunicazione da parte della Compagnia che provvede, tra l'altro, a rimborsare i premi eventualmente già corrisposti ma non dovuti in quanto successivi all'insorgere dello stato di non autosufficienza.

La carenza per la copertura LTC è di 365 giorni (a decorrere dall'ultima epoca di attivazione/riattivazione della copertura LTC) mentre la franchigia è di 90 giorni (a decorrere dalla data di insorgenza della non autosufficienza

rilevata nella certificazione medica allegata alla denuncia).

E' esclusa dalla copertura LTC l'insorgenza dello stato di non autosufficienza dovuta ad una o più delle seguenti cause:

- dolo dell'Assicurato, compreso qualsiasi atto intenzionale che arrechi pregiudizi fisici all'Assicurato;
- azioni delittuose o dolose o atti temerari dell'Assicurato, restando comunque coperti dalla garanzia gli atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umanità e solidarietà;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione o qualsiasi operazione militare anche se l'Assicurato non vi ha preso parte attiva. Qualsiasi lesione subita dall'Assicurato mobilitato in tempo di guerra o durante il suo servizio militare viene considerato in ogni caso derivante da un atto di guerra;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo oltre il 3° grado o con accesso ai ghiacciai, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano ecc), hockey, rugby, baseball, arti marziali, pugilato, atletica pesante, equitazione, immersioni subacquee, vela, discesa libera sugli sci, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, guidoslitta, slittino;
- esercizio delle seguenti attività lavorative: attività che comportano l'accesso ai cantieri, attività agricole, forze armate, forze di polizia, vigili del fuoco, lavoro su piattaforme marine, lavoro su tetti e impalcature, lavoro su imbarcazioni, attività che comportano l'utilizzo di forni ad alta temperatura, attività che comportano l'utilizzo di teleferiche, attività a contatto con sostanze nocive e tossiche, attività a contatto con correnti elettriche superiori a 250 V, attività che comportano l'utilizzo di automezzi di portata superiore a 50 q, missionari, attività a contatto con armi, attori e artisti che svolgono attività pericolose, attività subacquee, collaudo di autoveicoli, attività a contatto con esplosivi, lavoro nel sottosuolo;
- infortuni dovuti a stato di ubriachezza, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- viaggi in zone a rischio;
- esiti di infortuni e malattie che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla sottoscrizione della copertura LTC;
- malattie correlate all'abuso di alcool, nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- negligenza, imprudenza e imperizia nel seguire consigli medici;
- tentato suicidio, lesioni o malattie provocate intenzionalmente;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie gravi ad essa correlate;
- malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e disturbi comportamentali;
- tentato suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di effetto della copertura.

Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

La Compagnia si riserva la facoltà di procedere annualmente ad un controllo presso l'Assicurato, e in particolare di farlo esaminare da un medico di sua fiducia, per verificare l'effettivo protrarsi dello stato di non autosufficienza.

Può inoltre richiedere la produzione di qualsivoglia documento che ritenesse necessario per la valutazione dello stato di salute. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo, o di fornire i documenti richiesti, il pagamento della rendita vitalizia di non autosufficienza può essere sospeso fino all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato.

Il pagamento della rendita di non autosufficienza, nonché la sospensione dell'onere del pagamento dei premi, vengono del pari interrotti qualora si riscontri il venir meno dello stato di non autosufficienza riconosciuto ai fini del diritto alla prestazione.

In questo caso l'Assicurato è tenuto al pagamento del premio ricorrente a partire dalla ricorrenza anniversaria immediatamente successiva alla comunicazione della Compagnia.

Il premio dovuto è quello che sarebbe stato pagato qualora non fosse intervenuto alcuno stato di non autosufficienza.

Nel caso si verifichi nuovamente uno stato di non autosufficienza, la compagnia riprende il pagamento della rendita assicurata secondo quanto indicato al precedente punto f) “Modalità di liquidazione della rendita di non autosufficienza, carenza, franchigia ed esclusioni”.

g) Riscatto

Per la copertura in caso di non autosufficienza non è previsto alcun valore di riscatto.

h) Documentazione necessaria per la liquidazione della rendita di non autosufficienza

L'Assicurato che sia divenuto non autosufficiente deve darne avviso scritto alla Compagnia a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento ovvero mediante comunicazione scritta da effettuare allo sportello della Banca presso cui è stato stipulato il Contratto.

La comunicazione deve essere effettuata dall'Assicurato stesso o da qualsiasi altra persona in sua vece entro 90 giorni da quando lo stato di non autosufficienza è insorto.

La denuncia deve essere accompagnata dai documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato ed, in particolare, dal certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato stesso e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione. L'Assicurato si impegna a sottoporsi a sue spese agli accertamenti medici e a fornire tutta la documentazione sanitaria a sua disposizione per consentire alla Compagnia la verifica dello stato di non autosufficienza.

La richiesta deve, infine, essere accompagnata dall'indicazione delle coordinate bancarie da utilizzare per l'accredito della rendita di non autosufficienza.

In considerazione di particolari esigenze istruttorie la Compagnia può richiedere:

- Documentazione clinica sanitaria
- Eventuale giornale che riporti la dinamica dell'incidente
- Risultanze di eventuali indagini giudiziarie

Inoltre, i Beneficiari devono consentire alla Compagnia di svolgere tutte le indagini che essa ritenga necessarie.

i) Regime fiscale

Imposta sui premi ricorrenti

I premi ricorrenti corrisposti in dipendenza della copertura LTC sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità e deducibilità fiscale dei versamenti

E' prevista la deducibilità fiscale dei premi ricorrenti corrisposti per la copertura LTC.

Tassazione delle somme assicurate

La rendita corrisposta in caso di non autosufficienza è esente dall'IRPEF.

E' opportuno verificare comunque la normativa vigente al momento della dichiarazione dei redditi.

ALLEGATO 6

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. N. 196/2003

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice), e in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte della Compagnia delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Compagnia è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

2. Modalità di trattamento dei dati

Il trattamento:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a) del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, elaborazione, modificazione, raffronto, interconnessione, utilizzo, consultazione, comunicazione, conservazione, blocco, cancellazione, distruzione;
- b) è lecito, sicuro ed avviene secondo correttezza;
- c) è effettuato anche con l'ausilio dei mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- d) è svolto direttamente dall'organizzazione del Titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, nonché da società di servizi.

3. Conferimento dei dati

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri.

4. Rifiuto di conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b) comporta l'impossibilità di concludere/eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri.

5. Comunicazione di dati

I dati personali possono essere comunicati:

- a) per le finalità di cui al punto 1, lett. a) e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge a: altri soggetti del settore assicurativo (assicuratori, coassicuratori e riassicuratori), intermediari di vendita (agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione come banche e SIM); fornitori terzi (legali, medici legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione, il pagamento dei sinistri ed il recupero dei crediti, nonché società di servizi informatici, di archiviazione o di imbustamento e/o smistamento della corrispondenza); organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; Isvap, Ministero dello sviluppo economico, Consap, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario centrale infortuni, Dipartimento per i trasporti terrestri);
- b) per quanto riguarda le informazioni relative alle operazioni ritenute "sospette" ai sensi dell'art. 41, comma 1, del D.lgs. 21 novembre 2007, n. 231, ad altri intermediari finanziari appartenenti al medesimo gruppo.

6. Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi Terzi rispetto all'Unione Europea.

8. Titolare e responsabile del trattamento

Titolare del trattamento è **Chiara Vita S.p.A.**, con sede in Via Pietro Gaggia 4, 20139 - Milano.

Responsabile del trattamento è il **Responsabile della Funzione Supporto Tecnico Vita** pro tempore vigente.

9. Diritti dell'interessato

L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

Per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice e conoscere l'elenco completo dei Responsabili, si può rivolgere richiesta al Titolare o al Responsabile, mediante lettera raccomandata (ufficio Legale/Privacy via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano), telefax (n. 02.5351298) o posta elettronica (privacy@helvetia.it).