



PIANO PENSIONISTICO 4026

Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo - Fondo Pensione
iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n. 5039 (Tariffa 4026)

Forma pensionistica complementare chiusa al collocamento

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

PIANO PENSIONISTICO 4026

Piano individuale pensionistico di tipo Assicurativo - Fondo pensione

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

(ultimo aggiornamento: 01/10/2025)

INDICE

Art. 1	Oggetto
Art. 2	Modalità di contribuzione
Art. 3	Diritto di revoca e diritto di recesso
Art. 4	Spese
Art. 5	Le prestazioni pensionistiche
Art. 6	Rivalutazione annuale
Art. 7	Diritto di riscatto - Anticipazioni
Art. 8	Trasferimento ad altre forme pensionistiche
Art. 9	Somma liquidabile in caso di morte dell'Aderente
Art. 10	Beneficiari della prestazione
Art. 11	Foro competente
Art. 12	Prestazioni assicurative accessorie facoltative – Regole Comuni
Art. 13	Prestazioni assicurative accessorie in caso di morte dell'Aderente e/o di invalidità totale e permanente
Art. 14	Prestazione assicurativa accessoria in caso di morte dovuta ad infortunio
Art. 15	Prestazione assicurativa accessoria "Invalidità permanente da infortunio"
Art. 16	Prestazione assicurativa accessoria "Diaria da ricovero a seguito di infortunio o malattia"
Art. 17	Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale costante e a premio annuo costante
Allegati:	
1	Coefficienti di trasformazione in rendita
2	Regolamento della Gestione separata

Art. 1 Oggetto

Il “**Piano Pensionistico 4026**” – Piano Individuale Pensionistico di tipo assicurativo – fondo pensione (di seguito PIP) è una forma pensionistica individuale, disciplinata dall’Art. 13 del D. Lgs. n. 252/2005 e sue successive modifiche e integrazioni. La Società garantisce all’Aderente la corresponsione di una rendita annuale vitalizia rivalutabile al raggiungimento dell’età pensionabile.

La sottoscrizione del presente contratto prevede anche la possibilità di stipulare garanzie assicurative accessorie facoltative, alle condizioni disciplinate ai successivi articoli.

Ai fini della sottoscrizione delle predette garanzie accessorie, l’Aderente al PIP, il Contraente delle garanzie accessorie e il soggetto Assicurato nelle stesse dovranno necessariamente coincidere (di seguito e in breve l’Aderente).

Art. 2 Modalità di contribuzione

I contributi versati dall’Aderente in forma ricorrente, aggiuntiva, trasferimento da altra forma pensionistica o l’eventuale contributo del Datore di Lavoro potranno essere versati mediante:

- bonifico;
- assegno bancario/postale o circolare non trasferibile;
- bollettino postale premarcato;
- bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) su conto corrente bancario o postale, altri mezzi di pagamento bancario o postale.

La valuta riconosciuta sulle modalità di pagamento sopraindicate è pari alla valuta riconosciuta dalla Banca/Posta ordinante alla Compagnia.

Art. 3 Diritto di revoca e diritto di recesso

L’Aderente ha facoltà di recedere dall’impegno preso con la Compagnia mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento da inviarsi entro trenta giorni dalla conclusione del contratto, così come indicato al precedente Art. 2. In tal caso, la Compagnia rimborserà, entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta di recesso completa di modulo di adesione:

- per il contributo collegato alla gestione separata PREVIATTIVA UNIPOL, gli importi eventualmente corrisposti;
- per il premio versato a fronte delle garanzie assicurative accessorie di seguito riportate nelle presenti condizioni generali di contratto, gli importi eventualmente corrisposti al netto dell’imposta, laddove prevista.

La richiesta di recesso dal contratto deve essere inviata alla Compagnia tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata al seguente recapito:

*Unipol Assicurazioni S.p.A. – Area Life
Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna.*

Il recesso ha effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dal timbro postale di invio della stessa.

Con le stesse modalità l’Aderente può revocare la propria adesione al PIP fino al momento in cui è informato della conclusione del contratto.

Art. 4 Spese

Il presente contratto, relativamente all’adesione al PIP, prevede le seguenti spese:

1. Spese di adesione

Non sono previste spese di adesione.

2. Spese da sostenere durante la fase di accumulo

La Compagnia preleverà:

- a. il 4,80% di ogni contributo versato, prelevato dal medesimo al momento della sua corresponsione; tale spesa non si applica ai contributi derivanti da trasferimenti della posizione individuale da altre forme pensionistiche;
- b. l’1,00% dal rendimento annuo realizzato dalla gestione separata PREVIATTIVA UNIPOL.

3. Spese relative al trasferimento della posizione individuale verso altre forme pensionistiche

Non è prevista alcuna spesa

4. Spese relative al trasferimento della posizione individuale da altre forme pensionistiche

Non è prevista alcuna spesa.

5. Spese relative all’anticipazione e al riscatto parziale o totale

Non è prevista alcuna spesa.

6. Spese relative all’erogazione della rendita

L’1,0% del rendimento annuo realizzato dalla Gestione Separata PREVIATTIVA UNIPOL.

7. Spese delle garanzie accessorie facoltative

Le spese applicate alle garanzie accessorie facoltative sono:

- Assicurazione temporanea in caso di morte e di invalidità totale e permanente a capitale decrescente di 1/N di cui all’art. 13, 20,66 Euro applicate al premio e l’11,0% sul premio residuo;

- Assicurazione di un capitale addizionale in caso di morte a seguito di infortunio o incidente stradale di cui all'art. 14, non sono previste spese per l'acquisizione e la gestione del contratto;
- Assicurazione per un capitale per invalidità permanente da infortunio di cui all'art. 15, non sono previste spese per l'acquisizione e la gestione del contratto;
- Assicurazione per una Diaria da ricovero a seguito di infortunio o malattia di cui all'art. 16, non sono previste spese per l'acquisizione e la gestione del contratto;
- Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale costante e a premio annuo costante di cui all'art. 17, 7,75 Euro applicate al premio e l'11,0% sul premio residuo.

Maggiorazione in caso frazionamento del premio: 2,00% per la rateazione semestrale e 2,50% per la rateazione trimestrale.

8. Ulteriori spese

Oltre alle spese indicate nel presente articolo, sul patrimonio della Gestione Separata gravano unicamente le imposte e tasse, le spese legali e giudiziarie sostenute nell'esclusivo interesse degli Aderenti, gli oneri di negoziazione derivanti dall'attività di impiego delle risorse, il contributo di vigilanza a COVIP dovuto ai sensi di legge e la spesa relativa alla remunerazione dell'incarico di Responsabile del PIP.

Art. 5 Le prestazioni pensionistiche

Con il presente contratto la Compagnia corrisponderà in caso di vita dell'Aderente alla scadenza del contratto, ossia alla data di suo pensionamento, che coincide con la data di maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche secondo quanto previsto dal regime obbligatorio di appartenenza, una rendita annua vitalizia rivalutabile erogata in rate mensili posticipate il cui ammontare è in funzione di ogni singolo contributo pagato dall'Aderente alla Compagnia; la rendita annua potrà essere corrisposta a richiesta dell'Aderente anche in rate annuali, semestrali, trimestrali, sempre posticipate. La rendita annua vitalizia rivalutabile iniziale erogata in rate mensili posticipate è determinata dividendo il capitale maturato nella posizione individuale a tale data per il relativo coefficiente di trasformazione di cui alla tabella A, che forma parte integrante delle presenti Condizioni Generali di Contratto, distinto per età e sesso dell'Aderente. Per determinare la rendita annua vitalizia rivalutabile iniziale erogata in rate trimestrali, semestrali e annuali, occorre dividere il capitale maturato per il relativo coefficiente di conversione di cui rispettivamente alle Tabelle B, C e D (tabella "rateazione trimestrale", "rateazione semestrale", "rateazione annuale"), che formano parte integrante delle Condizioni Generali di Contratto, distinto per età e sesso dell'Aderente. I coefficienti di trasformazione utilizzati per determinare la rendita vitalizia rivalutabile prevista alla data di scadenza del contratto sono, alla data di redazione delle presenti Condizioni Generali di Contratto, determinati considerando quale base demografica e finanziaria quella riportata nella Tabella E.

L'Aderente al momento del pensionamento potrà percepire una parte della prestazione in forma di capitale fino ad un massimo del 50,00% della posizione maturata.

Sono altresì previsti casi nei quali si può percepire il 100% in forma di capitale. Al riguardo vedasi l'Art. 10, comma 5 del Regolamento del Fondo.

Art. 6 Rivalutazione annuale

La posizione dell'Aderente viene rivalutata in base ai rendimenti conseguiti dalla Gestione separata PREVIATTIVA UNIPOL, nella misura e con le modalità di seguito indicate.

6.1 Rendimento lordo attribuito al PIP

Il rendimento lordo attribuito al PIP si ottiene sottraendo al rendimento medio annuo realizzato dalla gestione separata PREVIATTIVA UNIPOL, come determinato al punto 5 del relativo regolamento allegato alle presenti Condizioni Generali di Contratto, le spese di cui all'Art. 4, punto 2, lettera b). In ogni caso la Compagnia garantisce un rendimento minimo lordo del 2,0%.

6.2 Rendimento netto attribuito al PIP

Il rendimento netto attribuito al PIP è pari al rendimento lordo, come determinato al precedente punto 6.1, al netto dell'imposta sostitutiva, determinata nella misura prevista dalla normativa fiscale in vigore, riferita a ciascun periodo fiscale, quale tassazione annuale del rendimento lordo maturato.

6.3 Rivalutazione del PIP

Al 31 dicembre di ogni anno la posizione individuale accumulata viene incrementata di un importo pari al prodotto della posizione individuale accumulata al periodo annuale precedente per la misura della rivalutazione, determinata secondo le modalità previste all'Art. 6.2 del presente articolo.

I contributi netti corrisposti nel corso dell'anno vengono rivalutati, con le medesime modalità, per il periodo intercorrente tra la data di versamento dei premi e il 31 dicembre successivo (metodo pro-rata temporis).

6.4 Misura della rivalutazione in fase di erogazione della rendita

Durante il periodo di godimento della rendita, la misura annua della rivalutazione da applicare al PIP si ottiene scontando, per il periodo di un anno al tasso tecnico del 1,00%, la differenza fra il rendimento netto attribuito al PIP, come determinato al precedente Art. 6.2, ed il suddetto tasso tecnico già conteggiato nella determinazione della rendita.

Art. 7 Diritto di riscatto - Anticipazioni

La determinazione del valore di riscatto o di anticipazione si ottiene moltiplicando la posizione individuale accumulata al 1° gennaio per la misura della rivalutazione, pari al rendimento netto della Gestione separata interna PREVIATTIVA UNIPOL ottenuto nei dodici mesi precedenti il secondo mese antecedente la data di richiesta, per il periodo intercorrente tra il 1° gennaio e la data di richiesta. I contributi netti corrisposti nel corso dell'anno vengono rivalutati per la misura della rivalutazione, pari al rendimento netto della Gestione separata PREVIATTIVA UNIPOL ottenuto nei dodici mesi precedenti il secondo mese antecedente la data di richiesta, per il periodo intercorrente tra la data di versamento dei premi e la data di richiesta.

Nel caso di riscatto parziale o di anticipazioni il capitale residuo sarà pari al valore di riscatto maturato alla data di richiesta, diminuito dell'importo riscattato o anticipato scontato al tasso pari al rendimento netto della Gestione separata interna PREVIATTIVA UNIPOL conseguito nei dodici mesi precedenti il secondo mese antecedente la data di richiesta per il periodo tra il 1° gennaio dell'anno in corso e la medesima data di richiesta.

I pagamenti vengono effettuati previa Richiesta alla Compagnia, redatta su carta semplice o sull'apposito modulo, disponibile presso gli intermediari incaricati e sul sito internet della Compagnia (www.unipol.it) nell'apposita sezione "Risparmio", "Previdenza" o nella sezione dedicata "Previdenza Complementare", debitamente compilata e sottoscritta dagli aventi diritto, completa di tutta la documentazione necessaria – fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità - specificata nel modulo stesso in relazione alla causa del pagamento richiesto.

La documentazione deve essere fornita alla Compagnia tramite il competente intermediario incaricato oppure inviata mediante raccomandata direttamente a:

Unipol Assicurazioni S.p.A. – Area Life
Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna

specificando gli elementi identificativi del contratto.

In ogni caso, in aggiunta ai documenti sopraindicati, per intervenute modifiche normative o per esigenze istruttorie, la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere all'Aderente ogni altra documentazione ritenuta necessaria ai fini della liquidazione della posizione individuale maturata.

Art. 7.1 - Riscatto

La Compagnia, accertata la sussistenza dei requisiti, esegue i pagamenti al ricevimento della documentazione completa e comunque non oltre i sei mesi. Al fine di garantire un celere e più sicuro pagamento, la liquidazione della prestazione verrà effettuata mediante bonifico bancario o SCT (SEPA Credit Transfer), salva contraria indicazione degli aventi diritto.

Art. 7.2 - Anticipazione

La Compagnia, accertata la sussistenza dei requisiti, esegue i pagamenti al ricevimento della documentazione completa in dicata nell'apposito documento sulle anticipazioni e comunque non oltre i sei mesi.

In qualsiasi momento è possibile versare contributi aggiuntivi a titolo di reintegro delle anticipazioni.

Sugli importi liquidabili verranno applicate le imposte previste dalla normativa tempo per tempo vigente.

Art. 8 Trasferimento ad altre forme pensionistiche

Trascorsi due anni dalla stipula del presente contratto, l'Aderente ha il diritto di trasferire la propria posizione presso un'altra forma pensionistica complementare.

Tuttavia, nel caso in cui l'Aderente maturi la possibilità di accesso ad una forma pensionistica complementare, in relazione alla propria attività lavorativa, il diritto di trasferimento può essere esercitato prima che siano trascorsi due anni.

Il capitale da trasferire si determina nel seguente modo:

1. si rivaluta il capitale maturato al 1° gennaio dell'anno in cui si chiede il trasferimento applicando come misura della rivalutazione il rendimento netto della Gestione separata PREVIATTIVA UNIPOL ottenuto nei dodici mesi precedenti il secondo mese antecedente la data di richiesta per il periodo intercorrente tra la data del 1° gennaio e la data di richiesta di trasferimento;
2. si rivalutano i capitali acquisiti con la contribuzione successiva alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è stato richiesto il trasferimento applicando come misura della rivalutazione il rendimento netto della Gestione separata PREVIATTIVA UNIPOL ottenuto nei dodici mesi precedenti il secondo mese antecedente la data di richiesta per il periodo intercorrente tra la data di accredito alla Compagnia di ogni singolo versamento e la data di richiesta di trasferimento.

La Compagnia, accertata la sussistenza dei requisiti e ottenuta idonea documentazione da parte del Fondo presso il quale l'Aderente intende trasferire la propria posizione, provvede al trasferimento con tempestività e comunque entro il termine massimo di sei mesi dalla ricezione della richiesta.

Il trasferimento della posizione individuale comporta la cessazione della partecipazione al Piano Pensionistico 4026.

Art. 9 Somma liquidabile in caso di morte dell'Aderente

Nel caso in cui l'Aderente deceda prima di aver raggiunto l'età pensionabile, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari un importo pari alla somma:

1. del capitale maturato al 1° gennaio (ricorrenza annuale del contratto) dell'anno in cui è avvenuto il decesso, rivalutato per il periodo intercorrente tra la data del 1° gennaio sopra menzionata e la data di decesso per il rendimento netto della gestione separata PREVIATTIVA UNIPOL ottenuto nei dodici mesi precedenti il secondo mese antecedente la data di richiesta;
2. dei capitali acquisiti con la contribuzione successiva alla data del 1° gennaio dell'anno in cui è avvenuto il decesso, rivalutati per il periodo intercorrente tra la data di accredito alla Compagnia di ogni singolo versamento e la data di decesso per il rendimento netto della Gestione separata PREVIATTIVA UNIPOL ottenuto nei dodici mesi precedenti il secondo mese antecedente la data di richiesta.

Art. 10 Beneficiari della prestazione

In caso di decesso dell'Aderente prima dell'esercizio del diritto alla prestazione pensionistica, la posizione individuale è riscattata dagli eredi ovvero dai diversi beneficiari designati dallo stesso, siano essi persone fisiche o giuridiche.

In mancanza di tali soggetti, la posizione individuale viene devoluta a finalità sociali secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente.

Art. 11 Foro competente

Per le controversie relative al contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio dell'aderente, del Beneficiario ovvero degli aventi diritto.

PRESTAZIONI ASSICURATIVE ACCESSORIE**Art. 12 Prestazioni assicurative accessorie facoltative - Regole Comuni****Art. 12.1 – Operatività delle garanzie**

Le presenti garanzie sono operanti e producono i loro effetti dalla data della sottoscrizione del modulo di adesione a condizione che l'Aderente al PIP abbia dichiarato di volersi avvalere delle garanzie stesse, sempreché sia stato effettuato il relativo versamento e l'Aderente abbia ricevuto l'accettazione da parte della Compagnia.

La sottoscrizione delle presenti prestazioni accessorie è facoltativa e può avvenire solo contestualmente all'adesione al PIP.

La sottoscrizione delle presenti prestazioni accessorie ancorché facoltativa non può avvenire in maniera disgiunta, potendosi attivare le prestazioni in maniera unitaria.

L'Aderente dovrà rilasciare le dichiarazioni sul suo stato di salute che saranno valutate dalla Compagnia ai fini dell'assicurabilità; qualora le dichiarazioni suddette non siano idonee la Compagnia comunicherà all'Aderente il proprio rifiuto.

Art. 12.2 – Diritto di revoca e recesso

L'Aderente ha facoltà di recedere dall'impegno preso con la Compagnia anche solo per le garanzie accessorie facoltative mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento da inviarsi entro trenta giorni dalla conclusione del contratto, così come indicato al precedente art. 3.

In tal caso, la Compagnia rimborserà, entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta di recesso il premio versato a fronte delle garanzie assicurative accessorie, gli importi eventualmente corrisposti al netto dell'imposta, laddove prevista.

La richiesta di recesso dal contratto deve essere inviata alla Compagnia tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata al seguente recapito:

Unipol Assicurazioni S.p.A. – Area Life

Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna.

Il recesso ha effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dal timbro postale di invio della stessa.

Con le stesse modalità l'Aderente può revocare la propria adesione al PIP fino al momento in cui è informato della conclusione del contratto.

Art. 12.3 – Durata della garanzia

La durata della garanzia è determinata in anni interi quale differenza tra l'età dell'Aderente alla sottoscrizione e dell'età di pensionamento prevista dal regime obbligatorio di appartenenza con il massimo di quaranta anni.

Art. 12.4 – Dichiarazioni dell’Aderente

L’Aderente ha l’obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze allo stesso note e rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

- A) quando esiste dolo o colpa grave ha diritto:
- di impugnare il contratto, dichiarando all’ Aderente di voler esercitare tale diritto, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l’inesattezza della dichiarazione o le reticenze;
 - di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l’annullamento e in ogni caso il premio convenuto per il versamento annuale;
 - di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine di tre mesi per l’impugnazione da parte della Compagnia;
- B) quando non esiste dolo o colpa grave ha diritto:
- di recedere dalla garanzia stessa, mediante dichiarazione da farsi all’Aderente entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l’inesattezza della dichiarazione o le reticenze;
 - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

La Compagnia rinuncia a tali diritti trascorsi 6 mesi dall’entrata in vigore della garanzia di assicurazione, fatto salvo sempre il caso di dolo.

Art. 12.5 – Mancato pagamento del premio annuo

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio successiva a quella di primo anno, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non pagata, determina la sospensione delle garanzie assicurative per un periodo massimo di 12 mesi.

Se entro tale periodo l’Aderente non riprende il pagamento, le presenti garanzie accessorie decadono.

Art. 12.6 - Ripresa del pagamento del premio annuo: riattivazione

Entro il termine di sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio non pagata l’Aderente può riattivare le presenti garanzie accessorie con il semplice pagamento delle rate arretrate aumentate degli interessi legali.

Entro l’ulteriore termine di 6 mesi, sempre decorrente dalla prima rata rimasta insoluta, è consentita la riattivazione sempre che:

- 1) l’Aderente ne faccia espressa richiesta;
- 2) la Compagnia accetti. La Compagnia può subordinare detta accettazione all’esito di nuovi accertamenti sanitari che ritenga eventualmente opportuno richiedere.

Trascorsi i termini di cui sopra senza che sia avvenuta la riattivazione, o in caso di sua mancata accettazione da parte della Compagnia, quando consentitagli, le presenti garanzie accessorie decadono in via definitiva e i premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.

Le garanzie riprendono vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Art. 13 – Prestazione assicurativa accessoria in caso di morte dell’Aderente e/o di invalidità totale e permanente

La presente garanzia accessoria garantisce la corresponsione di un capitale decrescente annualmente, come definito al successivo punto C ai Beneficiari designati, in caso di morte dell’Aderente e/o di invalidità totale e permanente dello stesso intervenute prima della scadenza contrattuale.

Qualora il decesso sia dovuto ad infortunio o ad infortunio conseguente ad incidente stradale, la Compagnia corrisponderà oltre al capitale suddetto un ulteriore capitale così come previsto al successivo art. 14, paragrafo D).

In caso di sopravvivenza dell’Aderente alla data di scadenza della garanzia questo si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia. Questa assicurazione prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell’Aderente mediante visita medica.

A fronte della prestazione garantita l’Aderente si obbliga a versare, secondo le modalità successivamente previste, un premio annuo, sempre che l’Aderente sia in vita.

Il premio annuo è determinato anche in relazione all’attività professionale svolta e all’attività sportiva praticata dall’Aderente. Ogni cambiamento dell’attività professionale deve essere comunicato alla Compagnia.

A - Il premio

Il premio annuale della presente garanzia, determinato in relazione all’età ed al sesso dell’Aderente ed alla durata contrattuale, è comprensivo delle spese per l’acquisizione e la gestione della garanzia. I tassi di premio utilizzati per il calcolo del premio, differenziati per età, sesso e durata, sono quelli indicati nella tabella di seguito riportata:

Maschi			Femmine		
età	durata	Tasso	età	durata	Tasso
18	40	0,00111	18	40	0,00046
19	40	0,00117	19	40	0,00049
20	40	0,00124	20	40	0,00053
21	40	0,00132	21	39	0,00055
22	40	0,0014	22	38	0,00058
23	40	0,00149	23	37	0,0006
24	40	0,0016	24	36	0,00063
25	40	0,00171	25	35	0,00066
26	39	0,00177	26	34	0,00069
27	38	0,00183	27	33	0,00072
28	37	0,0019	28	32	0,00075
29	36	0,00197	29	31	0,00078
30	35	0,00204	30	30	0,00082
31	34	0,00211	31	29	0,00086
32	33	0,00219	32	28	0,0009
33	32	0,00228	33	27	0,00094
34	31	0,00238	34	26	0,00099
35	30	0,00248	35	25	0,00104
36	29	0,00261	36	24	0,00109
37	28	0,00274	37	23	0,00115
38	27	0,00289	38	22	0,00122
39	26	0,00304	39	21	0,00129
40	25	0,00322	40	20	0,00136
41	24	0,00341	41	19	0,00144
42	23	0,00362	42	18	0,00153
43	22	0,00384	43	17	0,00162
44	21	0,00408	44	16	0,00172
45	20	0,00434	45	15	0,00188
46	19	0,00462	46	14	0,00193
47	18	0,00492	47	13	0,00205
48	17	0,00523	48	12	0,00217
49	16	0,00557	49	11	0,0023
50	15	0,00593	50	10	0,00244
51	14	0,00633	51	9	0,00261
52	13	0,00678	52	8	0,00279
53	12	0,00727	53	7	0,003
54	11	0,0078	54	6	0,00324
55	10	0,00839	55	5	0,00352
56	9	0,00902			
57	8	0,00973			
58	7	0,01052			
59	6	0,01141			
60	5	0,01247			

B - Capitale assicurato

In caso di decesso e/o di invalidità totale e permanente dell'Aderente, intervenuta prima della scadenza contrattuale, la Compagnia corrisponderà, in unica soluzione, un capitale pari al capitale inizialmente assicurato diminuito di un numero di multipli del decremento annuo pari agli anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza alla data del decesso o sopravvenuta invalidità dell'Aderente.

Il capitale inizialmente assicurato è pari alla somma tra il contributo PIP ed il premio annuo iniziale delle garanzie accessorie facoltative di cui al presente articolo 13 ed i successivi articoli 14, 15 e 16, moltiplicato per il numero di anni della durata del PIP.

Per decremento annuo si intende l'importo pari al rapporto tra il capitale iniziale ed il numero degli anni della durata della garanzia.

Il capitale assicurato iniziale non potrà essere superiore a Euro 154.937,07, anche se derivante da una pluralità di rapporti assicurativi gestiti dalla Compagnia. Qualora il capitale assicurato ecceda tale importo o l'Aderente, al momento della decorrenza della garanzia, abbia un'età superiore ad anni 60, è richiesta visita medica con compilazione di idonea modulistica fornita dalla Compagnia.

C - Rischio morte

Non rilevano ai fini della garanzia né il luogo dove avviene il decesso né l'eventuale cambiamento di professione dell'Aderente.

D – Esclusioni

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

- dolo dell'Aderente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Aderente ad atti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Aderente a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi dello Stato italiano. In tal caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Aderente, alle condizioni previste dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Aderente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore della garanzia e, trascorso tale periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione.

E - Condizioni di carenza per assicurazioni senza visita medica

Premesso che l'Aderente può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, qualora il contratto venga assunto senza visita medica e il decesso dell'Aderente avvenga entro i primi sei mesi dalla conclusione della garanzia e lo stesso Aderente abbia versato regolarmente i premi dovuti, la Compagnia corrisponderà - in luogo del capitale assicurato - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di accessori e imposte.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più contratti precedenti - espressamente richiamati nel testo della polizza stessa - l'applicazione della suddetta limitazione avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle rispettive date di conclusione, delle assicurazioni sostituite.

Tuttavia, la Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dalla conclusione della garanzia la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomelite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto al precedente paragrafo D) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Qualora il decesso dell'Aderente avvenga entro i primi 5 anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, salvo quanto disposto dal successivo paragrafo F (Delimitazione del rischio per assicurazioni con visita medica in assenza del test HIV) il capitale assicurato non sarà pagato. Se il decesso dell'Aderente dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dalla conclusione della garanzia il capitale assicurato sarà comunque pagato.

F - Delimitazione del rischio per assicurazioni con visita medica in assenza del test HIV

Qualora l'Aderente non abbia aderito alla richiesta della Compagnia di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e il decesso dell'Aderente avvenga entro i primi sette anni dalla conclusione della garanzia ed esso sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà corrisposto. Qualora il decesso, invece, dovesse verificarsi dopo sette anni dalla conclusione della garanzia il capitale assicurato verrà interamente corrisposto.

G - Rischio invalidità totale e permanente

Per Invalidità Totale e Permanente deve intendersi la perdita totale, definitiva e permanente da parte dell'Aderente della capacità all'esercizio della professione o mestiere dichiarati alla Compagnia ed abbia perduto altresì la capacità ad ogni lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini, purché tale Invalidità Totale e Permanente sia conseguenza di una malattia organica o di un infortunio, oggettivamente accertabili e constatabili.

Si intende "Permanente" una invalidità che dura per un periodo di almeno sei mesi consecutivi, e che dopo tale periodo non abbia alcuna speranza di miglioramento.

H – Carenza

Qualora lo stato di invalidità totale e permanente causato da malattia insorga nei primi 6 mesi dalla data di decorrenza contrattuale, la presente garanzia non avrà effetto.

Il periodo di 6 mesi di cui sopra è elevato a 12 mesi per invalidità totale e permanente dovuta a gravidanza o parto o complicazioni derivanti da questi.

Inoltre, qualora prima dell'emissione della garanzia l'Aderente scelga di non sottoporsi a test HIV, se lo stato di invalidità totale e permanente insorge entro i primi sette anni dalla data di decorrenza delle presenti garanzie assicurative, ed è dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa correlata, le coperture in oggetto non avranno effetto.

Nessun periodo di carenza è applicato qualora lo stato di invalidità totale e permanente sia conseguenza di infortunio dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

I – Esclusioni

La Compagnia non risponde per i casi di invalidità conseguenti:

- a tentato suicidio;
- ad infortunio aereo comunque verificatosi, sia in volo che a terra, dipendente da attività professionale aeronautica, militare o civile, dell'Aderente;
- a cause di guerra.

Inoltre, non possono essere assicurabili, indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute rilevato dal questionario o dagli accertamenti sanitari, le persone affette da dipendenza di sostanze psicoattive (alcol, stupefacenti, farmaci), infezioni da HIV, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

J - Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde il capitale per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia o dell'infortunio.

In caso di decesso prima che la Compagnia abbia accertato l'indennizzabilità dell'invalidità, il capitale per invalidità non è dovuto e, in suo luogo, viene liquidato il capitale dovuto in caso di morte con la conseguente risoluzione della garanzia.

K - Denuncia dell'invalidità ed obblighi relativi

In caso di malattia o infortunio, l'Aderente o chi per esso deve darne avviso, corredato da certificazione medica, con lettera raccomandata alla Compagnia entro 60 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia o l'infortunio, per le loro caratteristiche e presumibili conseguenze, possano determinare una Invalidità Totale e Permanente. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni garantite, ai sensi dell'art. 1915 C.C.

L'Aderente deve altresì sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L - Accertamento dell'invalidità. Controversie - Arbitrato irrituale

Entro il termine di 60 giorni dalla denuncia dell'evento invalidante, la Compagnia si riserva di eseguire i necessari accertamenti in merito al grado ed all'effettivo protrarsi dello stato di invalidità, ed a pronunciarsi sul diritto alle prestazioni per invalidità totale e permanente.

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze invalidanti del sinistro, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità enunciati in precedenza, è demandata per iscritto ad 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 ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

M - Beneficiari della prestazione

L'Aderente designa i Beneficiari della prestazione in caso di sua premorienza e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione, ad eccezione dei casi di seguito indicati:

- dopo che l'Aderente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte dell'Aderente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

La designazione dei Beneficiari e le eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o fatte per testamento.

Beneficiario della prestazione in caso di invalidità totale e permanente è l'Aderente stesso.

N - Modalità di pagamento della prestazione

Per tutti i pagamenti della Compagnia devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti atti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Aderente debbono essere consegnati:

- originale di polizza ed eventuali appendici;
- certificato di morte dell'Aderente;
- relazione medica sulle cause di decesso e/o di invalidità, redatta sul modulo predisposto dalla Compagnia;
- dichiarazione sostitutiva/atto di notorietà ove si dichiara se il defunto ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi; in presenza di testamento, copia autenticata dello stesso pubblicato a termini di legge;
- dati anagrafico/fiscali dei Beneficiari;
- decreto del Giudice Tutelare, nel caso di beneficiario minorenne o incapace, che autorizzi chi di diritto alla riscossione della somma per conto del minore.

La Compagnia richiederà, se non consegnato sin dal momento della conclusione del contratto, il certificato di nascita dell'Aderente.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione, per i pagamenti dovuti in caso di morte dell'Aderente, o dalla data di riconoscimento dell'invalidità.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, pari al tasso di interesse legale, a favore dei Beneficiari.

Art. 14 – Prestazione assicurativa accessoria in caso di morte dovuta ad infortunio

L'assicurazione complementare infortuni garantisce la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale per il caso di infortunio dell'Aderente che abbia come conseguenza la morte dello stesso. Pertanto, nel caso di decesso dell'Aderente dovuto ad infortunio e sempre che la morte si verifichi entro un anno dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Compagnia corrisponderà, oltre al capitale previsto all'articolo 13, paragrafo B, un ulteriore capitale così come previsto al successivo paragrafo D del presente articolo.

A - Definizione di infortunio

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano come conseguenza la morte dell'Aderente.

È considerato infortunio conseguente ad incidente stradale, quello causato dalla circolazione di veicoli con o senza guida di rotaie, su strade di uso pubblico o su aree anche private.

B - Esclusione del rischio

La garanzia è esclusa qualora il decesso dell'Aderente sia stato provocato da:

- I) inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, disintegrazioni del nucleo atomico;
- II) fatti di guerra, operazioni militari, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale ed a cui l'Aderente abbia preso parte attiva;
- III) atti dolosi commessi dall'Aderente, fatti salvi i casi di legittima difesa, e atti contro la propria persona compiuti o consentiti dall'Aderente;
- IV) imprudenza o negligenza grave, partecipazione a corse, gare, scommesse e relativi allenamenti e prove, salvo il caso che si tratti di corse podistiche, gare bocciofile, pesca non subacquea, tiro a segno, tiro a volo e simili, scherma e tennis;
- V) uso e guida di mezzi subacquei o di mezzi aerei salvo che l'Aderente si trovi in qualità di passeggero su un apparecchio in servizio pubblico su linee autorizzate ed esercitate da Compagnia di traffico aereo regolare;
- VI) pratiche di sport pericolosi e cioè: caccia, atletica pesante, pugilato, gioco del calcio e del pallone nelle sue varie forme, alpinismo con scalate di rocce o accesso ai ghiacciai, sci da neve o nautico con salto dal trampolino, guidoslitta, caccia e pesca subacquea;
- VII) ubriachezza o uso di stupefacenti o per effetto di operazioni chirurgiche o trattamenti non resi necessari dall'infortunio o riguardanti la cura della persona;
- VIII) malaria, carbonchio e avvelenamento comunque causato.

C - Cessazione della garanzia

La garanzia si estingue:

- in caso di mancato pagamento del premio annuo;
- quando l'Aderente sia colpito da epilessia, apoplezia, paralisi, infermità mentale, delirium tremens, alcoolismo e/o sia dedito all'uso di stupefacenti o di allucinogeni.

D - Capitale assicurato

In caso di decesso dell'Aderente dovuto ad infortunio la Compagnia corrisponderà un capitale pari a quello inizialmente garantito in caso di morte e/o invalidità totale e permanente, di cui al precedente art. 13. paragrafo B.

Se il decesso dell'Aderente è dovuto ad infortunio conseguente ad incidente stradale, come definito al precedente paragrafo A), il capitale da corrispondersi sarà di importo raddoppiato.

E - Il premio

Il premio annuale è pari all'1,50 per mille del capitale assicurato, oltre all'imposta di legge.

F - Denuncia d'infortunio e documentazione relativa

La denuncia dell'infortunio deve essere fatta, per iscritto, entro dieci giorni dalla data dell'evento o dalla successiva data in cui i Beneficiari designati sono venuti a conoscenza della copertura assicurativa.

Nella denuncia deve essere indicato:

- giorno, ora e luogo dell'evento;
- cause e modalità dell'infortunio;
- l'eventuale indicazione dei testimoni al fatto e dell'Autorità intervenuta;

Alla denuncia dell'infortunio dovranno essere allegati i seguenti documenti:

- certificato del medico che ha prestato le prime cure all'infortunato e/o di chi ha compilato l'atto di morte;
- copia del referto autoptico e dell'esame alcolimetrico (in caso di mancata disposizione dell'Autorità competente allegare documento attestante la mancata esecuzione);
- eventuale verbale dell'Autorità giudiziaria che ha rilevato la denuncia del sinistro.

Gli aventi diritto dovranno consentire alla Compagnia lo svolgimento delle indagini e autorizzare il medico curante a dare le informazioni che fossero necessarie.

G - Pagamento del capitale assicurato

Dopo aver ricevuto i documenti probatori dell'infortunio, e dopo aver compiuto gli eventuali accertamenti necessari, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari il capitale assicurato.

La Compagnia rinuncia al diritto di rivalersi sui responsabili dell'infortunio che ha causato la morte dell'Aderente.

Art. 15 – Prestazione assicurativa accessoria “Invalidità permanente da infortunio”

La presente garanzia accessoria vale per gli infortuni che l'Aderente subisce durante lo svolgimento dell'attività professionale ed extra-professionale, salvo quanto riportato successivamente.

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Inoltre, sono considerati infortuni e quindi compresi in garanzia:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi muscolari.

Sono inoltre compresi gli infortuni derivanti da:

- g) stato di malore o incoscienza;
- h) imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) tumulti popolari, sommosse o atti di terrorismo, a condizione che l'Aderente non vi abbia preso parte attiva;
- l) guida od uso di veicoli o di natanti anche a motore, compresa la partecipazione a gare di regolarità pura;
- m) pratica di sport in genere anche con partecipazione a gare e relative prove, purché svolta a carattere ricreativo, compresi i seguenti: ippica, calcio, ciclismo, subacquei anche con uso di autorespiratori, rugby, football americano, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme;
- n) le conseguenze di sforzi muscolari aventi carattere traumatico e le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa per le ernie ha effetto dalla data di entrata in vigore del contratto sempre che da documentazione medica risulti che l'Aderente non è portatore di tali infermità. In mancanza di detta documentazione la garanzia sarà invece operante dopo un periodo di aspettativa di 180 gg.;
 - qualora l'ernia risulti operabile non verrà corrisposta alcuna indennità;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui al successivo paragrafo L;
- o) partecipazione a viaggi turistici o di trasferimento - effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri, esclusi deltaplani ed ultraleggeri - da chiunque gestiti, tranne che:
- da aeroclubs;
 - da Compagnia/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da quelli di trasporto pubblico di passeggeri.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Aderente sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Agli effetti della presente garanzia si conviene che il complessivo pro-capite delle somme assicurate con il presente contratto o con eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Aderente o da altri in suo favore, per il rischio volo, in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà rispettivamente superare, quale cumulo, l'importo di:

- Euro 258.228,45 e complessivamente per aeromobile;
- Euro 1.032.913,80 per il caso di invalidità permanente.

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti, in caso di sinistro, saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

A - Criteri di indennizzabilità per l'invalidità permanente da infortunio

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio e comporta un grado di invalidità superiore al 5% dell'invalidità totale.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al Grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di invalidità permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro (Legge 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute alla data di stipula della presente polizza) con rinuncia, da parte della Compagnia, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio. In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali riportate nella Tabella sopra menzionata vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Aderente.

La perdita totale anatomica funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione con il massimo del 100%.

B - Indennizzo in caso di invalidità permanente da infortunio

Nei casi di invalidità permanente indennizzabili, l'indennizzo da corrispondere è pari:

1. all'intera somma assicurata, qualora l'invalidità permanente riconosciuta sia di grado pari o superiore al 50% della totale;
2. alla somma assicurata ridotta in proporzione al grado di invalidità accertato diminuito di cinque punti percentuali, per invalidità inferiori al 50% della totale.

C - Limitazione per invalidità preesistenti

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se al momento dell'infortunio l'Aderente non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla "Tabella delle valutazioni del grado di invalidità permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro (Legge 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

D - Esclusioni

Non sono indennizzabili i danni:

- a) verificatisi in connessione con atti di guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione, ostilità;

- b) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (quali ad esempio: fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
 - c) verificatisi in occasione di atti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente;
 - d) derivanti da movimenti tellurici, da eruzioni vulcaniche o da inondazioni;
 - e) derivanti dall'uso e guida di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura o nelle relative prove;
 - f) derivanti dalla guida di veicoli o natanti nel caso in cui l'Aderente sia privo della relativa abilitazione (quando la legge ne faccia specifica prescrizione) ovvero – in ogni altro caso – sia sprovvisto dei requisiti obiettivamente necessari alla guida;
 - g) derivanti dalla guida od uso di aeromobili, salvo quanto previsto dall'art. 15 lett. o);
 - h) conseguenti agli infarti ed alle ernie, salvo quanto previsto dall'art. 15 lett. n);
 - i) derivanti dall'esercizio o pratica di:
 - paracadutismo o sport aerei in genere;
 - sport ed attività acrobatiche, ivi compreso sci acrobatico o salto dal trampolino con sci o idrosci;
 - speleologia;
 - bob o guidoslitta;
 - pugilato;
 - scalata di roccia od accesso ai ghiacciai;
 - j) sofferti in stato di ubriachezza o che siano conseguenti ad abuso di psicofarmaci o all'uso di stupefacenti o allucinogeni.
- La garanzia non vale inoltre per:
- le conseguenze di operazioni chirurgiche;
 - gli accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

E - Somma assicurata per invalidità permanente da infortunio

La somma assicurata per invalidità permanente totale da infortunio è di Euro 41.316,55.

F - Il premio

A fronte della garanzia per invalidità permanente da infortunio è corrisposto un premio annuo, netto di imposte, di Euro 23,24.

G - Limitazione ai soli rischi extra-professionali

Nel caso in cui l'Aderente svolga una delle attività di seguito elencate, l'assicurazione è limitata agli infortuni che lo stesso dovesse subire nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale:

- appartenenti a tutti i Corpi Armati dello Stato (militari o di Polizia), ai Vigili del Fuoco, alla Protezione Civile per i rischi speciali;
- fabbricanti, manipolatori o venditori di fuochi d'artificio od esplosivi in genere;
- operatori nel campo dell'energia nucleare;
- artisti ed attori esposti a rischi particolari (acrobati, domatori, inservienti ed attrezzisti operanti in strutture di spettacolo mobili e simili);
- collaudatori di auto e motoveicoli;
- manipolatori di sostanze corrosive, infiammabili o tossiche;
- addetti a zoo, luna-park e simili;
- guide alpine;
- addetti alla estrazione in cave o miniere nonché alla costruzione o manutenzione di ponti, gallerie, grattacieli e simili;
- palombari;
- boscaioli, taglialegna, tagliapietre;
- scaricatori di porto;
- addetti a stazioni di monta equina e taurina;
- addetti alla manutenzione di impianti per funivie, seggiovie, funicolari e simili;
- addetti alla posa in opera di cavi o condutture aeree.

H - Servizio militare

L'assicurazione esplica i propri effetti anche nel compimento delle mansioni attinenti al servizio militare di leva in tempo di pace e durante il servizio sostitutivo dello stesso.

I - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

J - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Aderente o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

K - Denuncia del sinistro e obblighi relativi

In caso di sinistro l'Aderente o chi per esso deve darne avviso all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo comporta la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e località dell'evento e sarà corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni sarà documentato da ulteriori certificati medici.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Aderente.

L'Aderente deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti che la stessa ritenesse necessari a proprio insindacabile giudizio.

L - Controversie - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sulla durata del ricovero nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti precedentemente sono demandate per iscritto ad 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 ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio risiede nel Comune sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.

In quest'ultimo caso, il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

M - Risoluzione dell'assicurazione

La presente garanzia accessoria cessa di produrre effetti nei casi di risoluzione della garanzia in caso di premorienza o di invalidità totale e permanente dell'Aderente.

N - Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio

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

O - Altre assicurazioni

L'Aderente è esonerato dall'obbligo di comunicare preventivamente alla Compagnia l'eventuale esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per gli stessi rischi previsti dalla presente garanzia accessoria, fermo l'obbligo, invece, di darne comunicazione in caso di sinistro. L'omissione dolosa della predetta comunicazione comporta la decadenza del diritto all'indennizzo.

P - Cessazione dell'assicurazione

Costituisce causa di cessazione di assicurazione la sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

Nei casi previsti, la Compagnia avrà il solo obbligo di restituire il premio percepito per l'annualità in corso al momento della sopravvenienza.

Art. 16 – Prestazione assicurativa accessoria “Diaria da ricovero a seguito di infortunio o malattia”

La garanzia accessoria prevede che la Compagnia, in caso di ricovero in Istituto di cura pubblico o privato reso necessario da infortunio o malattia, corrisponde all'Aderente l'indennità giornaliera di Euro 41,32 per la durata massima di giorni 300 per ogni anno assicurativo, a partire dall'ottavo giorno successivo al ricovero ed escluso il giorno della dimissione.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata e su presentazione della cartella clinica completa di ogni documentazione e di attestato di degenza (in originale) rilasciato dall'Istituto di cura dove risulti indicato il motivo e la durata del ricovero. I documenti prodotti dall'Aderente rimangono acquisiti alla Compagnia.

A - Il premio

A fronte della prestazione per diaria da ricovero è corrisposto un premio annuo, netto di imposte, di Euro 23,24. Non sono previste spese per l'acquisizione e la gestione del contratto.

B - Decorrenza delle garanzie

La garanzia ha effetto:

- **per le prestazioni conseguenti ad infortunio**, dalle ore 24 del giorno di decorrenza della prestazione principale così come indicato nel precedente art. 2 (Prestazione pensionistica);
- **per le prestazioni relative alle malattie**, dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia principale;
- **per le prestazioni relative a situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula del contratto, nonché per il parto**, dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia principale.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante

- con il termine di carenza di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione. Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa alla scadenza annuale senza soluzione di continuità di altra polizza, riguardante lo stesso Aderente ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esse previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

C – Esclusioni

Sono esclusi i ricoveri determinati da:

- a) conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipula del contratto, sottaciuti alla Compagnia con dolo o colpa grave;
- b) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipula della polizza;
- c) gli stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- d) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) infortuni esclusi nel precedente art. 15 paragrafo D;
- f) intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, ad uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) aborto volontario non terapeutico;
- h) prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- i) cure dentarie, paradontopatie ed applicazioni di protesi dentarie non rese necessarie da infortunio;
- l) la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- m) ricoveri dovuti alla necessità dell'Aderente di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza;
- n) i ricoveri in case di riposo ancorché qualificati Istituti di Cura;
- o) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- p) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data di variazione, e non a quella di stipula del contratto.

D - Limitazione ai soli rischi extra-professionali

Nel caso in cui l'Aderente svolga una delle attività di seguito elencate, l'assicurazione è limitata agli infortuni che lo stesso dovesse subire nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale:

- appartenenti a tutti i Corpi Armati dello Stato (militari o di Polizia), ai Vigili del Fuoco, alla Protezione Civile per i rischi speciali;
- fabbricanti, manipolatori o venditori di fuochi d'artificio od esplosivi in genere;
- operatori nel campo dell'energia nucleare;

- artisti ed attori esposti a rischi particolari (acrobati, domatori, inservienti ed attrezzisti operanti in strutture di spettacolo mobili e simili);
- collaudatori di auto e motoveicoli;
- manipolatori di sostanze corrosive, infiammabili o tossiche;
- addetti a zoo, luna-park e simili;
- guide alpine;
- addetti alla estrazione in cave o miniere nonché alla costruzione o manutenzione di ponti, gallerie, grattacieli e simili;
- palombari;
- boscaioli, taglialegna, tagliapietre;
- scaricatori di porto;
- addetti a stazioni di monta equina e taurina;
- addetti alla manutenzione di impianti per funivie, seggiovie, funicolari e simili;
- addetti alla posa in opera di cavi o condutture aeree.

E - Servizio militare

L'assicurazione esplica i propri effetti anche nel compimento delle mansioni attinenti al servizio militare di leva in tempo di pace e durante il servizio sostitutivo dello stesso.

F - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

G - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Aderente o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

H - Denuncia del sinistro e obblighi relativi

In caso di sinistro l'Aderente o chi per esso deve darne avviso all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo comporta la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e località dell'evento e sarà corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni sarà documentato da ulteriori certificati medici.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Aderente.

L'Aderente deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti che la stessa ritenesse necessari a proprio insindacabile giudizio.

I - Controversie - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sulla durata del ricovero nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti precedentemente sono demandate per iscritto ad 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 ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio risiede nel Comune sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.

In quest'ultimo caso, il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

J - Risoluzione dell'assicurazione

La presente garanzia accessoria cessa di produrre effetti nei casi di risoluzione della garanzia in caso di premorienza o di invalidità totale e permanente dell'Aderente.

K - Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio

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

L - Altre assicurazioni

L'Aderente è esonerato dall'obbligo di comunicare preventivamente alla Compagnia l'eventuale esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per gli stessi rischi previsti dalla presente garanzia accessoria, fermo l'obbligo, invece, di darne comunicazione in caso di sinistro. L'omissione dolosa della predetta comunicazione comporta la decadenza del diritto all'indennizzo.

M - Cessazione dell'assicurazione

Costituisce causa di cessazione di assicurazione la sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

Nei casi previsti, la Compagnia avrà il solo obbligo di restituire il premio percepito per l'annualità in corso al momento della sopravvenienza.

Art. 17 – Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale costante e a premio annuo costante

La presente garanzia accessoria garantisce la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale, determinato come al successivo paragrafo G, in caso di morte dell'Aderente prima della scadenza contrattuale. Tale capitale verrà corrisposto in aggiunta al capitale previsto al precedente art. 13 per l'evento del decesso.

In caso di sopravvivenza dell'Aderente alla data di scadenza della garanzia questo si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Compagnia. Questa assicurazione prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Aderente mediante visita medica.

A fronte della prestazione garantita accessoria l'Aderente si obbliga a versare, un premio annuo, sempre che l'Aderente sia in vita. Il premio annuo è determinato anche in relazione all'attività professionale svolta e all'attività sportiva praticata dall'Aderente. Ogni cambiamento dell'attività professionale deve essere comunicato alla Compagnia.

A - Il premio

Il premio annuale fissato in Euro 77,47 è comprensivo dell'eventuale imposta di legge.

B – Durata

Il presente contratto ha durata pari a 10 anni.

C - Dichiarazioni dell'Aderente

L'Aderente ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze allo stesso note e rilevanti per la determinazione del rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe prestato il suo consenso o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa:

- A) quando esiste dolo o colpa grave ha diritto:
- di impugnare il contratto dichiarando all'Aderente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o le reticenze;
 - di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso il premio convenuto per il versamento annuale;
 - di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine di tre mesi per l'impugnazione da parte della Compagnia;
- B) quando non esiste dolo o colpa grave ha diritto:
- di recesso dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Aderente entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o le reticenze;
 - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

La Compagnia rinuncia a tali diritti trascorsi 6 mesi dall'entrata in vigore del contratto di assicurazione, fatto salvo sempre il caso di dolo.

D - Capitale assicurato

In caso di decesso dell'Aderente la Compagnia corrisponderà il capitale determinato in relazione all'età e al sesso dell'Aderente così come riportato nella successiva tabella "Capitali assicurati in caso di morte".

Tale importo, qualora il contratto sia stato concluso senza visita medica, non potrà essere superiore a Euro 154.937,07, anche derivante da una pluralità di rapporti assicurativi gestiti dalla Compagnia.

Se l'Aderente, al momento della conclusione del contratto, ha un'età superiore ad anni 60, per qualsiasi importo di capitale assicurato, il contratto potrà essere assunto solo con visita medica.

E - Rischio morte

Non rilevano ai fini della garanzia né il luogo dove avviene il decesso né l'eventuale cambiamento di professione dell'Aderente.

F – Esclusioni

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

- dolo dell'Aderente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Aderente ad atti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Aderente a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi dello Stato italiano. In tal caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Aderente, alle condizioni previste dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Aderente viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione e, trascorso tale periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione.

G - Condizioni di carenza per assicurazioni senza visita medica

Premesso che l'Aderente può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, qualora il contratto venga assunto senza visita medica e il decesso dell'Aderente avvenga entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto e lo stesso abbia versato regolarmente i premi dovuti, la Compagnia corrisponderà - in luogo del capitale assicurato - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di accessori ed eventuali imposte.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più contratti precedenti - espressamente richiamati nel testo della polizza stessa - l'applicazione della suddetta limitazione avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle rispettive date di conclusione, delle assicurazioni sostituite.

Tuttavia, la Compagnia non applicherà entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomelite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto al precedente paragrafo F - Esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiamo come conseguenza la morte.

Qualora il decesso dell'Aderente avvenga entro i primi 5 anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Se il decesso dell'Aderente dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dalla conclusione del contratto il capitale assicurato sarà comunque pagato.

H - Delimitazione del rischio per assicurazione con visita medica in assenza del test HIV

Qualora l'Aderente non abbia aderito alla richiesta della Compagnia di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e il decesso dell'Aderente avvenga entro i primi sette anni dalla conclusione del contratto ed esso sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà corrisposto.

Qualora il decesso, invece, dovesse verificarsi dopo sette anni dalla conclusione del contratto il capitale assicurato verrà interamente corrisposto.

I - Beneficiari della prestazione

L'Aderente designa i Beneficiari della prestazione e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione, ad eccezione dei casi di seguito indicati:

- dopo che l'Aderente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte dell'Aderente;

- dopo che, verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

La designazione dei Beneficiari e le eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o fatte per testamento.

J - Modalità di pagamento della prestazione

Per tutti i pagamenti della Compagnia devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti atti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. Per i pagamenti conseguenti al decesso dell'Aderente debbono essere consegnati:

- originale di polizza ed eventuali appendici;
- certificato di morte dell'Aderente;
- relazione medica sulle cause di decesso, redatta sul modulo predisposto dalla Compagnia - dichiarazione sostitutiva/atto di notorietà ove si dichiara se il defunto ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi; in presenza di testamento, copia autenticata dello stesso pubblicato a termini di legge;
- dati anagrafico/fiscali dei Beneficiari;
- decreto del Giudice Tutelare, nel caso di beneficiario minorenne o incapace, che autorizzi chi di diritto alla riscossione della somma per conto del minore.

La Compagnia richiederà comunque il certificato di nascita dell'Aderente che può peraltro essere consegnato sin dal momento della conclusione del contratto o che, in difetto, verrà richiesto dalla Compagnia. La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari.

CAPITALI ASSICURATI IN CASO DI MORTE

Età	Durata anni 10	
	Maschio	Femmina
18	51.645,69	130.575,90
19	50.148,71	125.827,68
20	48.736,07	123.580,76
21	47.078,38	119.319,35
22	45.831,27	115.342,04
23	44.648,53	109.849,56
24	43.800,78	106.469,58
25	42.984,61	101.772,39
26	42.198,31	98.864,61
27	41.689,89	94.801,68
28	41.193,59	92.273,63
29	40.949,84	88.724,65
30	40.470,89	85.438,55
31	40.235,60	81.417,91
32	39.545,84	77.758,68
33	38.662,14	73.622,58
34	37.408,23	69.904,27
35	35.672,80	65.287,95
36	33.758,65	60.706,34
37	31.456,92	56.264,41
38	29.077,83	52.034,00
39	26.720,16	47.727,74
40	24.368,04	44.079,76
41	22.252,48	40.470,89
42	20.294,79	37.408,23
43	18.454,73	34.430,46
44	16.756,71	31.600,56
45	15.143,38	29.077,83
46	13.649,95	26.823,73
47	12.314,10	24.628,19
48	11.108,38	22.690,24
49	10.000,76	20.907,92
50	8.999,38	19.170,42
51	8.084,72	17.564,78
52	7.261,83	16.094,24
53	6.516,50	14.724,52
54	5.864,85	13.464,05
55	5.282,84	12.270,43

ALLEGATO 1 COEFFICIENTI DI TRASFORMAZIONE IN RENDITA

Tabella A)
Rateazione mensile

ETA' DI INGRESSO IN ASSICURAZIONE						
Età di pensionamento	Maschi			Femmine		
	Maggiore di 45 anni	compresa tra 36 e 45 anni	minore di 36 anni	Maggiore di 45 anni	compresa tra 36 e 45 anni	minore di 36 anni
58	22,800106	23,155828	23,505019	25,745205	26,094396	26,431063
59	22,118248	22,471054	22,817612	25,036344	25,384543	25,720460
60	21,439580	21,789044	22,132555	24,323716	24,670639	25,005554
61	20,694855	21,041697	21,382890	23,606947	23,952362	24,286031
62	20,024793	20,367403	20,704667	22,886351	23,229973	23,562174
63	19,359267	19,697229	20,030149	22,162494	22,504031	22,834450
64	18,697861	19,030771	19,358953	21,436299	21,775355	22,103658
65	18,040759	18,368141	18,691118	20,708463	21,044654	21,370456

Tabella B)
Rateazione trimestrale

ETA' DI INGRESSO IN ASSICURAZIONE						
Età di pensionamento	Maschi			Femmine		
	Maggiore di 45 anni	compresa tra 36 e 45 anni	minore di 36 anni	Maggiore di 45 anni	compresa tra 36 e 45 anni	minore di 36 anni
58	22,715731	23,071453	23,420644	25,660830	26,010021	26,346688
59	22,033873	22,386679	22,733237	24,951969	25,300168	25,636085
60	21,355205	21,704669	22,048180	24,239341	24,586264	24,921179
61	20,610480	20,957322	21,298515	23,522572	23,867987	24,201656
62	19,940418	20,283028	20,620292	22,801976	23,145598	23,477799
63	19,274892	19,612854	19,945774	22,078119	22,419656	22,750075
64	18,613486	18,946396	19,274578	21,351924	21,690980	22,019283
65	17,956384	18,283766	18,606743	20,624088	20,960279	21,286081

Tabella C)
Rateazione semestrale

ETA' DI INGRESSO IN ASSICURAZIONE						
Maschi				Femmine		
Età di pensionamento	Maggiore di 45 anni	compresa tra 36 e 45 anni	minore di 36 anni	Maggiore di 45 anni	compresa tra 36 e 45 anni	minore di 36 anni
58	22,589169	22,944890	23,294081	25,534268	25,883459	26,220125
59	21,907311	22,260116	22,606675	24,825407	25,173605	25,509522
60	21,228642	21,578106	21,921617	24,112779	24,459702	24,794616
61	20,483918	20,830760	21,171952	23,396010	23,741424	24,075093
62	19,813856	20,156465	20,493729	22,675413	23,019036	23,351237
63	19,148329	19,486292	19,819212	21,951557	22,293093	22,623513
64	18,486924	18,819834	19,148015	21,225362	21,564417	21,892721
65	17,829821	18,157203	18,480180	20,497526	20,833716	21,159519

Tabella D)
Rateazione annuale

ETA' DI INGRESSO IN ASSICURAZIONE						
Maschi				Femmine		
Età di pensionamento	Maggiore di 45 anni	compresa tra 36 e 45 anni	minore di 36 anni	Maggiore di 45 anni	compresa tra 36 e 45 anni	minore di 36 anni
58	22,336044	22,691765	23,040956	25,281143	25,630334	25,967000
59	21,654186	22,006991	22,353550	24,572282	24,920480	25,256397
60	20,975517	21,324981	21,668492	23,859654	24,206577	24,541491
61	20,230793	20,577635	20,918827	23,142885	23,488299	23,821968
62	19,560731	19,903340	20,240604	22,422288	22,765911	23,098112
63	18,895204	19,233167	19,566087	21,698432	22,039968	22,370388
64	18,233799	18,566709	18,894890	20,972237	21,311292	21,639596
65	17,576696	17,904078	18,227055	20,244401	20,580591	20,906394

Tabella E)

Tavola demografica:

- NEL PERIODO DI GODIMENTO DELLA RENDITA: tavole di mortalità ottenute per proiezione rettificata, con il metodo riportato nella comunicazione CEA del 20.11.1995 e utilizzato dai Fondi Pensione in Germania a partire dal gennaio 1996 (DAV1994R), della SIM1992 pubblicata dall'ISTAT e differenziata per sesso:
 - per contratti stipulati da Assicurati con età in ingresso >45 anni, proiezione al 2021
 - TAV PRM/2021 per i maschi
 - TAV PRF/2021 per le femmine
 - per contratti stipulati da Assicurati con età in ingresso compresa tra 36 e 45 anni, proiezione al 2026
 - TAV PRM/2026 per i maschi
 - TAV PRF/2026 per le femmine
 - per contratti stipulati da Assicurati con età in ingresso <=35 anni, proiezione al 2031 TAV
 - PRM/2031 per i maschi
 - TAV PRF/2031 per le femmine

Tasso tecnico e rendimento minimo garantito:

- nella fase di accumulo: Tasso tecnico 0,00%; rendimento minimo garantito: 2,00%;
- nella fase di erogazione della rendita: Tasso tecnico 1,00%; rendimento minimo garantito: 2,00%.

Rivalutazione: in funzione del rendimento della Gestione PREVIATTIVA UNIPOL

ALLEGATO 2 REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA PREVIATTIVA UNIPOL
Art. 1

La Compagnia, a fronte degli impegni di natura previdenziale assunti con Piani Individuali Pensionistici (PIP) istituiti dalla Compagnia ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 5 dicembre 2005, n. 252 (e successive modifiche e integrazioni), attua una speciale forma di gestione degli investimenti - i cui attivi costituiscono patrimonio separato e autonomo, non distraibile dal fine previdenziale al quale è destinato - contraddistinta con il nome "Previattiva Unipol" (di seguito la "Gestione separata"). La Gestione separata è conforme alle disposizioni del Regolamento ISVAP del 3 giugno 2011, n. 38 e del Provvedimento ISVAP del 10 novembre 2006, n. 2472.

Il presente Regolamento della Gestione separata è parte integrante delle condizioni contrattuali.

Art. 2

La valuta di denominazione della Gestione separata è l'euro.

Art. 3

L'attuazione delle politiche di investimento della Gestione separata competono alla Compagnia, che vi provvede realizzando una gestione professionale degli attivi.

Le scelte d'investimento mirano a ottimizzare il rendimento nel medio e lungo termine mantenendo un basso livello di rischio del portafoglio e perseguendo la stabilità dei rendimenti nel corso del tempo.

Lo stile gestionale adottato è finalizzato a perseguire la sicurezza, la prudenza, la liquidità degli investimenti, tenuto conto della struttura degli impegni assunti e delle garanzie offerte dai PIP collegati alla Gestione separata.

Le risorse della Gestione separata sono investite esclusivamente in tipologie di attività che rientrano nelle categorie ammissibili alla copertura delle riserve tecniche, in conformità alla normativa vigente. Le principali tipologie di investimento sono di seguito descritte.

- Investimenti obbligazionari: le scelte di investimento di natura obbligazionaria sono effettuate in coerenza con la struttura dei passivi e, a livello di singoli emittenti, in funzione della redditività e del rispettivo merito di credito.
- Investimenti azionari: gli investimenti sono effettuati prevalentemente in strumenti finanziari quotati nei mercati regolamentati.
- Investimenti immobiliari: gli investimenti immobiliari sono effettuati prevalentemente in beni immobili, incluse le azioni di società immobiliari.

Nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa di settore, possono inoltre essere effettuati investimenti in strumenti finanziari derivati, con lo scopo di realizzare un'efficace gestione e di ridurre la rischio del portafoglio della gestione stessa, e in Oicr alternativi.

La composizione delle attività della Gestione separata rispetta i seguenti limiti quantitativi:

Tipologia di investimento	Massimo
Investimenti in titoli obbligazionari, monetari e altri valori assimilabili	100%
Investimenti immobiliari e altri valori assimilabili	20%
Investimenti in titoli azionari e altri valori assimilabili	35%
Investimenti in altri strumenti finanziari	20%

Al fine di contenere l'esposizione al rischio mercato, nelle sue diverse configurazioni, vengono definiti i seguenti limiti relativi al portafoglio titoli.

Con riferimento alla componente obbligazionaria del portafoglio (titoli di debito) si precisa che l'esposizione massima ai titoli corporate è del 65%.

I titoli corporate con rating inferiore all'investment grade o assente, possono essere tuttavia presenti fino ad una quota massima del 15% del portafoglio.

Gli investimenti in titoli azionari non quotati non potranno essere presenti per una percentuale superiore al 10% del portafoglio.

La Compagnia per assicurare la tutela dei Contraenti da possibili situazioni di conflitto di interesse si impegna al rispetto dei limiti di investimento in relazione ai rapporti con le controparti di cui all'art. 5 del Regolamento IVASS del 26 ottobre 2016, n. 30 ed eventuali successive modifiche.

Nell'ambito della politica d'investimento relativa alla Gestione separata, non è esclusa la possibilità di investire in strumenti finanziari emessi dalle suddette controparti.

La Compagnia si riserva comunque, a tutela degli interessi dei Contraenti, di investire in strumenti finanziari o altri attivi emessi o gestiti dalle controparti di cui all'art. 5 del Regolamento IVASS del 26 ottobre 2016, n. 30, nel rispetto dei limiti di seguito indicati:

- Organismi di investimento collettivo del risparmio (OICR): fino ad un massimo del 5%;
- Obbligazioni: fino ad un massimo del 2%;
- Partecipazioni in società immobiliari nelle quali la Compagnia detenga più del 50% del capitale sociale: fino ad un massimo del 2%.

Art. 4

Il tasso medio di rendimento viene determinato e certificato in relazione all'esercizio annuale della Gestione separata che decorre relativamente al periodo di osservazione, dal 1° ottobre di ciascun anno fino al successivo 30 settembre.

Inoltre, all'inizio di ogni mese viene determinato il tasso medio di rendimento della Gestione separata realizzato nel periodo costituito dai dodici mesi immediatamente precedenti.

Il tasso medio di rendimento della Gestione separata per l'esercizio relativo alla certificazione si ottiene rapportando il risultato finanziario della Gestione separata di competenza del suddetto periodo di osservazione, alla giacenza media delle attività della Gestione separata stessa. Il tasso medio di rendimento realizzato in ciascun altro periodo si determina con le medesime modalità.

Per risultato finanziario della Gestione separata si devono intendere i proventi finanziari conseguiti dalla stessa Gestione separata, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione. Gli utili realizzati comprendono anche quelli specificati al successivo art. 7. Le plusvalenze e le minusvalenze sono prese in considerazione, nel calcolo del risultato finanziario, solo se effettivamente realizzate nel periodo di osservazione. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese di cui al successivo art. 6 ed al lordo delle ritenute di acconto fiscali. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della Gestione separata e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nella Gestione separata per i beni già di proprietà della Compagnia.

La giacenza media delle attività della Gestione separata è pari alla somma della giacenza media nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, della giacenza media nel periodo di osservazione degli investimenti e della giacenza media nel medesimo periodo di osservazione di ogni altra attività della Gestione separata. La giacenza media degli investimenti e delle altre attività è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della Gestione separata.

Art. 5

Il valore delle attività gestite non potrà essere inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per i PIP che prevedono una clausola di rivalutazione delle prestazioni legata al rendimento della Gestione separata.

Art. 6

Sulla Gestione separata gravano unicamente le spese legali e giudiziarie sostenute nell'esclusivo interesse degli aderenti, gli oneri di negoziazione derivanti dall'attività di impiego delle risorse, il "contributo di vigilanza" dovuta alla COVIP ai sensi di legge, eventuali imposte e tasse; può inoltre gravare la quota di pertinenza delle spese relative alla remunerazione e allo svolgimento dell'incarico di Responsabile del PIP, salvo diversa decisione della Compagnia. Nel caso in cui le disponibilità della gestione separata siano investite in O.I.C.R., non potranno gravare indirettamente sulla Gestione Separata le commissioni di gestione applicate dagli O.I.C.R. stessi in cui sono investite le relative disponibilità, salvi i casi di deroga previsti dalla COVIP in apposite istruzioni a carattere generale; in quest'ultimo caso, nell'ipotesi di eventuali investimenti in O.I.C.R. alternativi, le commissioni di gestione annua degli stessi non potranno comunque superare l'1,80%, ed eventuali commissioni di overperformance non potranno superare il 25%. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.

Art. 7

Il rendimento della Gestione separata beneficia di eventuali utili derivanti dalle retrocessioni di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Compagnia in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della Gestione separata.

Art. 8

La Gestione separata è annualmente sottoposta a verifica contabile da parte di una società di revisione, iscritta all'Albo speciale previsto dalla legge, la quale attesta la rispondenza della Gestione separata stessa al presente Regolamento.

Art. 9

Il presente Regolamento potrà essere modificato al fine dell'adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di quelli meno favorevoli per il Contraente.

La Compagnia si riserva di coinvolgere la Gestione separata in operazioni di scissione o fusione con altre Gestioni separate della Compagnia stessa. Almeno 20 giorni prima della data stabilita per l'operazione di scissione o di fusione, la Compagnia ne dà preavviso ai Contraenti fornendo i dettagli dell'operazione stessa.

Unipol Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@pec.unipol.it - tel. +39 051 5076111 - fax +39 051 5076666
Capitale sociale i.v. Euro 3.365.292.408,03 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00284160371 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 160304
Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183
Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol Iscritto all'Albo delle società capogruppo al n.046

unipol.it - unipol.com