

AVIVA

Vita

Polizza unit linked a premi ricorrenti
con garanzie complementari facoltative

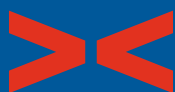
IDEALPLAN



c₂i. Banca Popolare Commercio e Industria
GRUPPO **BPU** <banca

Polizza unit linked a premi ricorrenti
con garanzie complementari facoltative

IDEALPLAN

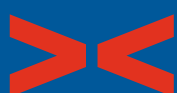


AVIVA

Vita

Polizza unit linked a premi ricorrenti
con garanzie complementari facoltative

IDEALPLAN



BANCA POPOLARE DI BERGAMO
GRUPPO **BPU** <banca

SOMMARIO

INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA	parte	I
GUIDA ALL'USO DEL SUO CONTRATTO		
IL CONTRATTO	parte	V
I TERMINI PIÙ USATI	parte	VI
ASPETTI LEGALI E FISCALI	parte	VIII
NOTA INFORMATIVA	pagg.	1-18
NORME CONTRATTUALI	pagg.	19-46
1. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	pag.	19
“IDEALPLAN” - POLIZZA UNIT LINKED A PREMI RICORRENTI CON POSSIBILITÀ DI VERSAMENTI AGGIUNTIVI - TARIFFA UB1		
2. REGOLAMENTO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI	pag.	31
AVIVA BPU 1 - AVIVA BPU 2 - AVIVA BPU 3 - AVIVA BPU 4		
3. CONDIZIONI DELLE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE	pag.	36
• NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE COMPLEMENTARI		
• SEZIONE A –		
– CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE)		
– CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) COMPRESIVA DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE		
• SEZIONE B –		
– CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE		
4. COSTI PER LE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE	pag.	45

INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali la Società informa gli interessati sull'uso dei loro dati personali e sui loro diritti ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003).

La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraenti e Assicurati).

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI*

** Le finalità assicurative richiedono, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per l'individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative.*

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc., sono utilizzati da AVIVA VITA S.p.A., da Società del Gruppo AVIVA e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

La nostra Società chiede, quindi, agli interessati di esprimere il consenso - contenuto nella Proposta-Certificato - per il trattamento dei loro dati, strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi dagli stessi richiesti.

Per i servizi e prodotti assicurativi la nostra Società ha necessità di trattare anche dati "sensibili" – sono considerati sensibili i dati relativi, ad esempio, allo stato di salute, alle opinioni politiche e sindacali ed alle convinzioni religiose dei soggetti interessati (art. 4, comma 1, lett. d, del Codice in materia di protezione dei dati personali) - strettamente strumentali all'erogazione degli stessi (come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri). Il consenso richiesto riguarda, pertanto, anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i dati degli interessati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM), broker assicurativi, Società di Gestione del Risparmio, organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, ISVAP, CIRT, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie quali INPS, INPGI, Forze dell'ordine ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Il consenso degli interessati riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a:

AVIVA VITA S.p.A. – Viale Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775 447.

Senza tali dati la nostra Società non potrebbe fornire agli interessati i servizi e i prodotti assicurativi richiesti, in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati dagli interessati o da terzi per obbligo di legge (lo prevede, ad esempio, la disciplina antiriciclaggio).

MODALITA' D'USO DEI DATI

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a, della Legge: raccolta, registrazione e organizzazione, elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione, utilizzo, comprese consultazione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela.

I dati personali degli interessati sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire agli stessi i servizi, i prodotti e le informazioni da loro richiesti, anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. La Società utilizza le medesime modalità anche quando comunica, per tali fini, alcuni di questi dati ad altre aziende dello stesso settore, in Italia ed all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia ed all'estero.

Per taluni servizi, vengono utilizzati soggetti di fiducia che svolgono, per conto della Società, compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono diretti collaboratori e svolgono la funzione di "Responsabile" o dell' "incaricato" del trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "Titolari" del trattamento stesso. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo AVIVA o della catena distributiva (agenti o altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione sulla vita, consulenti tecnici) ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società (legali, medici, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali indicate nei plichi postali utilizzati), società di revisione e di consulenza, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, la Società precisa infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i suoi dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente richiedendolo a:

AVIVA VITA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano - tel. 02.2775.447, ove potranno essere conosciute anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso espresso dagli interessati, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la redistribuzione del rischio.

La Società informa, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati. Inoltre hanno il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (questi diritti sono previsti dall'articolo 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali; la cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge, per l'integrazione occorre vantare un interesse, il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi di materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato e, negli altri casi, l'opposizione presuppone sempre un motivo legittimo).

Per l'esercizio dei loro diritti gli interessati possono rivolgersi a:
Servizio Privacy - AVIVA VITA S.p.A. – V.le Abruzzi 94 - 20131 Milano -
tel. 02.2775.447 - fax 02.2775.474 – email privacy_vita@avivaitalia.it

Il Direttore Generale è responsabile del trattamento dei dati personali, per l'Area Industriale Assicurativa.

GUIDA ALL'USO DEL SUO CONTRATTO

IL CONTRATTO

Conservi con cura questo Testo Contrattuale “**IDEALPLAN**” - **POLIZZA UNIT LINKED A PREMI RICORRENTI CON POSSIBILITA' DI VERSAMENTI AGGIUNTIVI**, la Proposta-Certificato, documento che attesta la Sua adesione al Contratto e con la quale si dà corso alla Sua posizione assicurativa, e la Lettera Contrattuale di Conferma, che riceverà da Aviva Vita S.p.A., nella quale è indicato il numero definitivo di Polizza a cui dovrà fare sempre riferimento e dove sono illustrate le diverse informazioni inerenti al Suo Contratto.

Nel presente Testo Contrattuale sono indicate le Condizioni che regolano la vita del Suo Contratto, in particolare:

- la **NOTA INFORMATIVA**, che illustra le principali caratteristiche del Suo Contratto e descrive gli aspetti di maggiore rilievo delle Condizioni di Assicurazione e del Regolamento dei Fondi Interni Assicurativi;
 - le **NORME CONTRATTUALI**, che comprendono:
 - le **Condizioni di Assicurazione**: si riferiscono in modo specifico al Contratto da Lei sottoscritto, un Contratto Unit Linked a premi ricorrenti con possibilità di versamenti aggiuntivi collegato a Fondi Interni Assicurativi (Tariffa UB1);
 - il **Regolamento dei Fondi Interni Assicurativi**: stabilisce le modalità di gestione dei *Fondi Interni Assicurativi*: AVIVA BPU 1 – AVIVA BPU 2 – AVIVA BPU 3 – AVIVA BPU 4;
 - le **Condizioni delle Garanzie Complementari Facoltative**: disciplinano in modo specifico la Garanzia Copertura Malattie Gravi, la Garanzia Copertura Malattie Gravi comprensiva della copertura di Invalidità Totale e Permanente, e la Garanzia Invalidità Totale e Permanente. Una delle tre Garanzie Complementari può essere facoltativamente abbinata al Contratto.
-

I TERMINI PIÙ USATI

Società: Compagnia di Assicurazioni – **AVIVA Vita S.p.A.** - con la quale viene stipulato il Contratto;

Soggetto Incaricato: sportello della Banca presso cui è stato stipulato il Contratto;

Contraente: persona, fisica o giuridica, che stipula il Contratto e si impegna a pagare il premio. È titolare a tutti gli effetti del Contratto;

Assicurato: persona sulla cui vita è stipulato il Contratto. Può coincidere con il Contraente;

Beneficiario: persona, fisica o giuridica, cui spetta il pagamento della prestazione prevista;

Conclusione del Contratto: il Contratto si considera concluso quando il Contraente unitamente all'Assicurato - se persona diversa - sottoscrive la Proposta-Certificato e paga il primo premio ricorrente;

Data di decorrenza: data da cui sono operanti le prestazioni del Contratto, in questo caso il quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di conclusione del Contratto;

Recesso: diritto del Contraente di recedere dal Contratto. Il diritto può essere esercitato entro 30 giorni dalla data di conclusione;

Durata pagamento premi: arco di tempo durante il quale il Contraente paga i premi ricorrenti. Viene prescelta al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato;

Durata del Contratto: periodo durante il quale il Contratto è in vigore, ovvero l'intera vita dell'Assicurato; fermo restando la facoltà del Contraente di richiedere il pagamento di quanto maturato fino a quel momento attraverso l'esercizio del diritto di riscatto;

Premio ricorrente: importo che il Contraente si impegna a corrispondere per tutta la durata pagamento premi, alla Società;

Versamento Aggiuntivo: importo che il Contraente ha facoltà di versare – nel corso della durata del pagamento premi - per integrare il suo Piano di Versamenti;

Spese: oneri a carico del presente Contratto;

Capitale Caso Morte: prestazione che la Società corrisponde ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato;

Garanzie Assicurative Complementari Facoltative: sono rappresentate dalla Garanzia Copertura Malattie Gravi, dalla Garanzia Copertura Malattie Gravi comprensiva della copertura di Invalidità Totale e Permanente, e dalla Garanzia

Invalidità Totale e Permanente. Una delle tre Garanzie Complementari può essere facoltativamente abbinata al Contratto, al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato;

Bonus fedeltà: maggiorazione del capitale attraverso il riconoscimento gratuito da parte della Società di quote pari al 5% del premio medio pagato nei primi 5 anni qualora tale importo sia maggiore o uguale a Euro 3.600,00. Il bonus verrà riconosciuto alla quinta ricorrenza annua del Contratto;

Fondi Interni Assicurativi: Fondi nei quali vengono fatti confluire - convertiti in numero di quote - i premi versati dal Contraente;

Quote: unità dei Fondi Interni Assicurativi nelle quali vengono investiti, al netto delle spese, i premi ricorrenti ed i versamenti aggiuntivi pagati dal Contraente;

Valore unitario delle quote: è il valore di mercato delle quote, riferito a ciascun Fondo Interno Assicurativo, pubblicato giornalmente sui principali quotidiani nazionali;

Controvalore delle quote: capitale, ottenuto moltiplicando il numero delle quote, possedute dal Contraente ad una determinata data, per il loro valore unitario alla stessa data;

Sostituzione del Fondo Interno Assicurativo: possibilità data al Contraente di richiedere il trasferimento del numero di quote possedute nei Fondi Interni Assicurativi precedentemente scelti ad altri Fondi Interni Assicurativi tra quelli gestiti dalla Società per il presente Contratto;

Riscatto totale: diritto del Contraente di interrompere anticipatamente il Contratto e di chiedere la liquidazione del controvalore delle quote possedute al momento del calcolo del valore di riscatto, al netto dell'eventuale penalità di riscatto;

Riscatto parziale: diritto del Contraente di chiedere la liquidazione di una parte del controvalore delle quote possedute al momento del calcolo del valore di riscatto, al netto dell'eventuale penalità di riscatto;

Opzione in Rendita Vitalizia: facoltà del Contraente di scegliere, in alternativa al valore di riscatto totale la corresponsione di rate di rendita annua vitalizia rivalutabile;

Valuta: il presente Contratto è stipulato in Euro e pertanto ogni calcolo ed ogni riferimento ad importi monetari avviene esclusivamente con tale valuta.

ASPETTI LEGALI

Impignorabilità ed insequestrabilità sono due caratteristiche che contraddistinguono i Contratti di Assicurazione sulla Vita. Essi sono infatti esenti ai sensi del Codice Civile - fatte salve specifiche disposizioni di Legge – da pignoramento o sequestro (Art. 1923 del Codice Civile).

In base al D.LGS. n° 47 del 18 Febbraio 2000 è possibile ottenere un risparmio fiscale sui premi di Assicurazione di “Puro Rischio” versati.

A questo fine viene inviato annualmente al Contraente, da AVIVA VITA S.p.A., un documento che attesta l'avvenuto pagamento, valido ai fini della detraibilità fiscale.

NORME CONTRATTUALI

1. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Con il presente Contratto, Aviva Vita S.p.A. - di seguito definita Società - contro il versamento di premi ricorrenti, si impegna:

- ad investire i versamenti effettuati dal Contraente - al netto delle spese - in quote dei Fondi Interni Assicurativi prescelti dal Contraente al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato;
- a corrispondere ai Beneficiari designati, in caso di decesso dell'Assicurato in qualsiasi epoca esso avvenga, il Capitale Caso Morte come definito all'Art. 2 "PRESTAZIONI ASSICURATE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO".

Il Contratto rimane in vigore per tutta la vita dell'Assicurato, il Contraente ha comunque la facoltà di richiedere il pagamento del valore di riscatto secondo quanto indicato all'Art. 21 "RISCATTO".

Il contratto prevede la possibilità di includere facoltativamente una delle seguenti Garanzie Complementari Facoltative:

- copertura malattie gravi (dread disease)
- invalidità totale e permanente
- copertura malattie gravi (dread disease) comprensiva della copertura di invalidità totale e permanente

le cui prestazioni sono indicate al successivo punto 3. "CONDIZIONI DELLE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE" delle Norme Contrattuali.

ART. 2 PRESTAZIONI ASSICURATE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

In caso di decesso dell'Assicurato - in qualsiasi epoca esso avvenga, qualunque ne sia la causa, senza limiti territoriali, senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso e con i limiti indicati all'Art. 3 "LIMITAZIONI DELLA MAGGIORAZIONE PER LA GARANZIA MORTE" che segue - la Società corrisponde, ai Beneficiari designati, una prestazione ottenuta - Capitale

Caso Morte - come somma dei seguenti due importi:

- a) il controvalore delle quote dei Fondi Interni Assicurativi prescelti dal Contraente, calcolato moltiplicando il numero delle quote per il valore unitario delle stesse del quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento della richiesta di liquidazione per decesso, da parte della Società;
- b) la maggiorazione per la Garanzia Morte ottenuta applicando all'importo indicato al punto a) le percentuali di maggiorazione indicate nella Tabella che segue, determinate in funzione dell'età dell'Assicurato alla data del decesso:

ETÀ DELL'ASSICURATO ALLA DATA DEL DECESSO (in anni interi)	% DI MAGGIORAZIONE
Fino a 40 anni	5,00%
Da 41 a 54 anni	2,00%
Da 55 a 64 anni	1,00%
Oltre 64 anni	0,20%

La suddetta maggiorazione non può comunque essere superiore a 50.000,00 Euro.

La prestazione in caso di decesso - Capitale Caso Morte - potrebbe risultare inferiore alla somma dei versamenti effettuati, sia per effetto, nel corso della durata contrattuale, del deprezzamento delle attività finanziarie di cui le quote sono rappresentazione, sia per l'applicazione delle spese indicate al seguente Art. 19 "SPESE".

Non esiste inoltre alcun valore minimo garantito dalla Società per la prestazione in caso di decesso.

ART. 3 LIMITAZIONI DELLA MAGGIORAZIONE PER LA GARANZIA MORTE

La maggiorazione per la Garanzia Morte di cui al punto b) del precedente Art. 2 "PRESTAZIONI ASSICURATE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO" non verrà applicata, qualora il decesso dell'Assicurato:

- a) avvenga entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza del contratto;
- b) avvenga entro i primi cinque anni dalla data di decorrenza del contratto e sia dovuto a infezione da HIV, sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata;
- c) sia causato da:
 - dolo del Contraente o dei Beneficiari;
 - partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
 - partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
 - incidente di volo, se l'Assicurato 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 del Contratto (data di decorrenza), o trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto stesso;
 - stato di ubriachezza nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili.

La limitazione di cui alla lettera a) non verrà applicata qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, 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;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza;
- di infortunio - intendendosi per tale l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso – avvenuto dopo la data di decorrenza.

ART. 4 OPZIONE DI RENDITA VITALIZIA

Su richiesta del Contraente, al termine della durata pagamento premi o in epoca successiva, il valore di riscatto totale può essere convertito in una delle seguenti forme di rendita erogabili in modo posticipato:

- a) una rendita annua vitalizia pagabile fino a che l'Assicurato sia in vita;
- b) una rendita annua vitalizia pagabile in modo certo nei primi cinque anni o dieci anni e, successivamente, fino a che l'Assicurato sia in vita;
- c) una rendita annua vitalizia, su due teste, quella dell'Assicurato (prima testa) e quella di un altro soggetto (seconda testa), pagabile fino al decesso dell'Assicurato, e successivamente in misura totale o parziale fino a che sia in vita l'altro soggetto (seconda testa).

La conversione del valore di riscatto in rendita viene concessa a condizione che:

- l'importo della rendita non sia inferiore a 3.000,00 Euro annui;
- l'Assicurato all'epoca della conversione non superi gli 85 anni di età.

Le Condizioni Contrattuali, i coefficienti per la determinazione della rendita annua vitalizia rivalutabile di opzione e le modalità per la sua rivalutazione annuale sono quelli che risulteranno in vigore all'epoca della conversione del valore di riscatto totale in rendita.

ART. 5 OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla Proposta-Certificato, dalle presenti Condizioni di Assicurazione, dal Regolamento dei Fondi Interni Assicurativi, dalla Lettera Contrattuale di Conferma e dalle eventuali Appendici al Contratto, firmate dalla Società stessa. Per tutto quanto non espressamente qui regolato, valgono le Norme di Legge.

ART. 6 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

Nel caso in cui l'Assicurato non coincida con il Contraente è necessario consegnare – al

momento della stipula del Contratto - la copia di un documento di riconoscimento valido, riportante i dati anagrafici dell'Assicurato stesso per la corretta individuazione della sua età. Trascorsi 6 mesi dalla data di decorrenza del Contratto o dalla sua riattivazione, lo stesso non è contestabile per le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta per colpa grave o in malafede. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

ART. 7 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il Contratto si considera concluso quando il Contraente ha versato il primo premio ricorrente - o la prima rata in caso di frazionamento del premio - e unitamente all'Assicurato, se persona diversa - ha sottoscritto la Proposta-Certificato.

ART. 8 DECORRENZA DEL CONTRATTO

Le prestazioni di cui all'Art. 1 "OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE" decorrono dal quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di conclusione del Contratto, fatto salvo il mancato ricevimento del premio da parte della Società.

La data di decorrenza del Contratto viene indicata nella Lettera Contrattuale di Conferma, che viene inviata al Contraente.

ART. 9 EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE FACOLTATIVA

Nel caso in cui alla sottoscrizione delle Proposta-Certificato il Contraente decida di abbinare al Contratto una delle seguenti Garanzie Complementari Facoltative:

- copertura malattie gravi (dread disease);
- invalidità totale e permanente;
- copertura malattie gravi (dread disease) comprensiva della copertura di invalidità totale e permanente;

la copertura assicurativa relativa alla Garanzia Complementare facoltativa è in ogni caso subordinata alla sottoscrizione del Questiona-

rio Sanitario allegato alla Proposta-Certificato.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo, la Società si riserva la facoltà di:

- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi;

ovvero

- rifiutare l'assunzione del rischio.

La Società comunicherà al Contraente gli eventuali sovrappremi da applicare o il rifiuto del rischio.

Dalla data di invio da parte della Società della comunicazione degli eventuali sovrappremi, il Contraente ha 20 giorni di tempo per rifiutare tali sovrappremi. In caso di rifiuto dei sovrappremi da applicare, la Garanzia Complementare prescelta non verrà attivata e non verrà addebitato il costo della Garanzia dalla terza mensilità.

Nel caso in cui il Contraente non invii nessuna comunicazione alla Società, la Garanzia Complementare inizierà a decorrere e dalla terza ricorrenza mensile verranno addebitati i costi di tale garanzia (comprensivi degli eventuali sovrappremi).

ART. 10 PREMI RICORRENTI

L'importo del premio ricorrente viene indicato dal Contraente all'atto della sottoscrizione della Proposta-Certificato, in relazione ai propri obiettivi in termini di prestazioni assicurate.

Il Contraente, al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato, può scegliere se corrispondere i premi ricorrenti con frazionamento annuale, semestrale o trimestrale o mensile (senza applicazione di interessi di frazionamento).

Il premio deve essere versato dal Contraente alla Società alla data di conclusione del contratto e, successivamente, sempre che l'Assicurato sia in vita, ad ogni ricorrenza della data di decorrenza, a seconda della periodicità di versamento prescelta.

L'importo minimo di ciascun premio ricorrente è pari a:

- 1.200,00 Euro in caso di frazionamento annuale;
- 600,00 Euro in caso di frazionamento semestrale;
- 300,00 Euro in caso di frazionamento trimestrale;
- 100,00 Euro in caso di frazionamento mensile.

Ad ogni ricorrenza annuale, il Contraente ha la facoltà di modificare la frequenza di versamento prescelta inizialmente e l'importo del premio ricorrente. L'importo del premio ricorrente non può essere comunque inferiore agli importi minimi sopra indicati.

Ogni richiesta di modifica deve pervenire alla Società almeno 30 giorni prima della ricorrenza annuale attraverso il Soggetto Incaricato.

A seguito del pagamento del primo premio e dell'avvenuta determinazione del capitale espresso in quote dei Fondi Interni Assicurativi prescelti dal Contraente, la Società invierà a quest'ultimo la **Lettera Contrattuale di Conferma** che contiene le seguenti informazioni:

- il numero di Polizza, che identifica definitivamente il Contratto;
- la data di decorrenza del Contratto (che coincide con la data a cui il prezzo si riferisce);
- la durata pagamento premi;
- il primo premio corrisposto;
- il premio investito alla data di decorrenza del Contratto;
- relativamente ai Fondi Interni Assicurativi prescelti:
 - il numero di quote acquistate;
 - il prezzo (valore unitario) al quale è avvenuto l'acquisto;

ART. 11 VERSAMENTI AGGIUNTIVI

Dopo 30 giorni dalla data di decorrenza del Contratto è possibile integrare il Piano con versamenti aggiuntivi di importo almeno pari a Euro 1.200,00.

Nel caso in cui decida di effettuare versamenti aggiuntivi, il Contraente deve utilizzare il

Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi.

Il pagamento di ciascun versamento aggiuntivo avviene al momento della sottoscrizione di tale **Modulo**.

I versamenti aggiuntivi vengono fatti confluire nei Fondi Interni Assicurativi nei quali risultano investite in quel momento le quote possedute dal Contraente e sulla base della composizione percentuale dei versamenti in vigore al momento della sottoscrizione del **Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi**.

E' possibile effettuare versamenti aggiuntivi solo se il Contraente è in regola con i versamenti dei premi ricorrenti previsti dal Piano di versamento.

Non è più possibile effettuare versamenti aggiuntivi in caso di interruzione dei pagamenti dei premi ricorrenti come definito all'Art. 13 "INTERRUZIONE E RIPRESA DEI VERSAMENTI DEI PREMI RICORRENTI" che segue.

A seguito del pagamento del versamento aggiuntivo la Società invia al Contraente una **Lettera di Conferma Versamento Aggiuntivo**, con la quale si danno le seguenti informazioni:

- la conferma dell'avvenuto ricevimento del versamento aggiuntivo, da parte della Società;
- la data di investimento del versamento aggiuntivo (che coincide con la data a cui il prezzo si riferisce);
- il versamento aggiuntivo investito;
- relativamente a ciascun Fondo Interno Assicurativo:
 - il numero delle quote acquistate a fronte del versamento effettuato;
 - il prezzo (valore unitario) al quale è avvenuto l'acquisto.

ART. 12 MODALITÀ DI VERSAMENTO DEI PREMI RICORRENTI E DEI VERSAMENTI AGGIUNTIVI

Il pagamento di ciascun premio ricorrente e dei versamenti aggiuntivi deve essere effettua-

to mediante procedura di addebito sul conto corrente del Contraente.

Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento dei premi fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di Credito.

Ai fini di non ostacolare la prosecuzione del rapporto, in caso di estinzione del conto corrente bancario del Contraente, la Società provvederà ad indicare al Contraente possibili diverse modalità di pagamento del premio.

ART. 13 INTERRUZIONE E RIPRESA DEI VERSAMENTI DEI PREMI RICORRENTI

A partire dalla seconda ricorrenza annuale, ad ogni ricorrenza annuale, il Contraente ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi. Ogni richiesta di sospensione deve pervenire alla Società almeno 30 giorni prima della ricorrenza annuale attraverso il Soggetto Incaricato. L'interruzione dei versamenti avrà i seguenti effetti:

- non verranno acquisite nuove quote sui Fondi Interni Assicurativi prescelti;
- non sarà più possibile effettuare versamenti aggiuntivi.

Il Contraente ha in ogni caso la possibilità di riprendere i versamenti ricorrenti precedentemente interrotti; in questo caso la Società riprenderà l'accumulo delle quote sui Fondi Interni Assicurativi precedentemente prescelti.

L'interruzione dei versamenti non comporta nessuna sospensione dell'eventuale Garanzia Complementare, per la quale la Società tratterà dal numero delle quote possedute dal Contraente il controvalore, convertito in numero di quote, del costo per la Garanzia fino ad esaurimento del numero di quote.

Nel caso in cui il controvalore delle quote accumulate non fosse più sufficiente a coprire il costo dell'eventuale Garanzia Complementare, il controvalore delle quote residue, convertito in numero di quote, sarà utilizzato per finanziare per l'ultima volta il costo della Garanzia per un importo ridotto. Trascorsa l'ultima ricorrenza in assenza di ulteriori versamenti, la Garanzia terminerà ed il contratto si intenderà risolto e non sarà possibile la riattivazione.

ART. 14 BONUS DI FEDELTA'

Il contratto prevede che venga riconosciuto un bonus fedeltà, alla quinta ricorrenza annuale, nel caso in cui il premio medio pagato nei primi 5 anni sia maggiore o uguale a Euro 3.600,00.

Tale bonus, è pari al 5% del premio medio pagato nei primi 5 anni.

Per il calcolo del premio medio vengono considerati sia i premi ricorrenti che i versamenti aggiuntivi.

Il bonus comporta una maggiorazione del capitale attraverso il riconoscimento gratuito da parte della Società di quote. Il numero delle quote si determina dividendo l'importo del bonus, per il valore unitario delle quote del Fondo Interno Assicurativo prescelto dal Contraente, della quinta ricorrenza annuale.

Nei giorni di calendario in cui - per qualsiasi ragione - non fosse disponibile il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi, la Società considererà come valore unitario delle quote quello risultante il primo giorno di rilevazione successivo.

Al Contraente non verrà riconosciuto alcun bonus fedeltà qualora, alle ricorrenze sopra indicate:

- il Contraente abbia già richiesto la liquidazione del riscatto totale o parziale del Contratto;
- i Beneficiari abbiano già richiesto la liquidazione del Contratto per avvenuto decesso dell'Assicurato.

Tale Bonus costituisce parte integrante della prestazione maturata.

ART. 15 DETERMINAZIONE DEL CAPITALE ESPRESSO IN QUOTE

Questo Contratto si distingue dalle forme assicurative tradizionali in quanto il capitale viene espresso in quote di Fondi Interni Assicurativi.

Il Contraente decide, in base alle Condizioni di Assicurazione, al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato in quali Fondi Interni Assicurativi investire i premi ricorrenti e gli eventuali versamenti aggiuntivi.

Ai fini della determinazione del numero di quote, si procede come segue:

- il primo premio ricorrente – o la prima rata di premio in caso di frazionamento del premio - viene:
 - diminuito delle spese applicate dalla Società di cui al successivo Art. 19 “SPESE”;
 - diviso per il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi prescelti dal Contraente del quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di conclusione del Contratto;
- i versamenti successivi al primo, vengono:
 - diminuiti delle spese applicate dalla Società di cui al successivo Art. 19 “SPESE”;
 - divisi per il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi prescelti dal Contraente del primo giorno di Borsa aperta successivo alla data di incasso da parte della Società. Qualora - per qualunque ragione - non fosse disponibile il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi, la Società considererà, il valore unitario delle quote del primo giorno di Borsa aperta successivo.
- gli eventuali versamenti aggiuntivi vengono:
 - diminuiti delle spese applicate dalla Società di cui al successivo Art. 19 “SPESE”;
 - divisi per il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi prescelti dal Contraente, del quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di addebito del versamento aggiuntivo sul conto corrente del Contraente.

ART. 16 VALORE UNITARIO DELLE QUOTE

Il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi viene determinato giornalmente dalla Società, ai sensi del Regolamento, e pubblicato giornalmente sul quotidiano a diffusione nazionale indicato nella Nota Informativa (punto 1.2 “FONDI INTERNI ASSICURATIVI A CUI E’ COLLEGATA LA PRESTAZIONE”).

La Società si riserva, previo avviso al Contraente, di modificare il giornale su cui è pubblicato il valore unitario delle quote del Fondo Interno Assicurativo.

Nei giorni di calendario in cui - per qualunque ragione - non fosse disponibile il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi, la Società considererà, ai fini dell’applicazione delle presenti Norme Contrattuali, il valore unitario delle quote quale risultante il primo giorno di Borsa aperta successivo.

ART. 17 DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro trenta giorni dal momento della conclusione del contratto come disciplinato dall’Art. 7 “CONCLUSIONE DEL CONTRATTO” che precede.

Il Contraente per esercitare il diritto di recesso deve inviare alla Società una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno - contenente gli elementi identificativi della Proposta-Certificato – alla Società seguente indirizzo:

AVIVA VITA S.P.A.
VIALE ABRUZZI 94
20131 MILANO

e/o rivolgersi direttamente al Soggetto Incaricato.

La Società, entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta di recesso, rimborserà:

- qualora la richiesta di recesso pervenga alla Società antecedentemente alla data di decorrenza del contratto il primo premio versato;
- qualora la richiesta di recesso pervenga alla Società dal giorno della data di decorrenza del contratto il premio versato maggiorato o diminuito della differenza fra il valore unitario delle quote del quarto giorno di Borsa aperto successivo al ricevimento, da parte della Società, della comunicazione di recesso ed il valore unitario delle stesse alla data di decorrenza, moltiplicato per il numero delle quote acquisite alla data di decorrenza del Contratto, al netto della spesa di emissione del Contratto, dovuta alla Società, pari a 50,00 Euro. Qualora - per qualunque ragione - non fosse disponibile il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi, la Società considererà, il valore unitario delle quote del primo giorno di Borsa aperta successivo.

ART. 18 DURATA DEL CONTRATTO - DURATA PAGAMENTO PREMI E LIMITI DI ETA'

DURATA DEL CONTRATTO - DURATA PAGAMENTO PREMI

Il Contratto resta in vigore per tutta la vita dell'Assicurato e si estingue solo nei seguenti casi:

- al verificarsi del decesso dell'Assicurato;
- alla richiesta, da parte del Contraente, di risoluzione anticipata del Contratto e di liquidazione del valore di riscatto totale;
- in caso di interruzione dei versamenti, a causa dell'esaurimento delle quote possedute allorché le stesse non siano sufficienti a finanziare i costi per l'eventuale Garanzia Complementare abbinata. In tal caso il contratto si intenderà automaticamente risolto e non sarà più possibile riattivarlo.

La durata del pagamento premi, non può essere inferiore a 10 anni, è scelta dal Contraente ed indicata nella Proposta-Certificato.

LIMITI DI ETA'

Al momento della stipulazione del Contratto l'età minima dell'Assicurato è stabilita in 18 anni mentre l'età massima in 75 anni.

ART. 19 SPESE

SPESA FISSA:

Pari a:

- 6,00 Euro in caso di frazionamento annuale;
- 3,00 Euro in caso di frazionamento semestrale;
- 2,00 Euro in caso di frazionamento trimestrale;
- 1,25 Euro in caso di frazionamento mensile.

La spesa fissa è trattenuta dalla posizione individuale del Contraente con frequenza annuale o semestrale o trimestrale o mensile. Più precisamente sia alla decorrenza del Contratto che ad ogni ricorrenza annuale o semestrale o trimestrale o mensile del Contratto la spesa fissa viene detratta dal premio ricorrente annuo o dalla rata semestrale o trimestrale o mensile del premio ricorrente.

SPESA IN PERCENTUALE:

- premi ricorrenti:
Viene calcolata sul premio ricorrente o sulla rata semestrale o trimestrale o mensile del premio ricorrente, già diminuita della spesa fissa. La spesa percentuale varia in base all'importo del premio ricorrente su base annua:

IMPORTO PREMI RICORRENTI SU BASE ANNUA	SPESA IN % CALCOLATA SUL PREMIO AL NETTO DELLA SPESA FISSA
premi inferiori a 3.600,00 euro	2,60%
premi superiori o uguali a 3.600,00 euro	1,95%

- Spese sui versamenti aggiuntivi
Sui versamenti aggiuntivi è applicata una spesa percentuale pari al 1,95% dell'importo del versamento aggiuntivo.

COSTI PER LE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE

Dalla posizione individuale del Contraente dalla terza ricorrenza mensile del Contratto, viene detratto mensilmente da parte della Società il controvalore, convertito in numero di quote, del costo per l'eventuale Garanzia Complementare Facoltativa abbinata al Contratto. Il costo di tale Garanzia viene calcolato ad ogni ricorrenza annua del Contratto moltiplicando l'importo del capitale assicurato per il coefficiente relativo al sesso e all'età dell'Assicurato alla data di calcolo. I coefficienti sono riportati al punto 4. "COSTI PER LE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE" delle Norme contrattuali.

ART. 20 SOSTITUZIONE DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Trascorsi almeno trenta giorni dalla data di decorrenza del Contratto, il Contraente può chiedere alla Società, utilizzando il **Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi**, il trasferimento totale o parziale del controvalore delle quote dei Fondi Interni Assicurativi inizialmente scelti, ad altri Fondi Interni Assicurativi, tra quelli previsti dal presente Contratto.

Le prime due sostituzioni effettuate sono completamente gratuite, mentre ogni sostituzione successiva sarà gravata da una spesa fissa di Euro 20,00.

Il controvalore delle quote di ciascun Fondo Interno Assicurativo precedentemente scelto viene così trasformato in controvalore delle quote dei Fondi Interni Assicurativi scelti al momento della richiesta di sostituzione.

La conversione viene effettuata nei termini seguenti:

- viene determinato il controvalore delle quote di ciascun Fondo Interno Assicurativo precedentemente scelto dal Contraente, moltiplicando il valore unitario delle quote del quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento, da parte della Società, del **Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi** per il numero delle quote possedute alla stessa data;
- detto importo, al netto della spesa fissa di 20,00 Euro viene diviso per il valore unitario delle quote dei nuovi Fondi Interni Assicurativi, dello stesso giorno. La spesa fissa non si applica alle prime due sostituzioni.

La Società invia una **Lettera di Conferma Sostituzione Fondo**, che informa dell'avvenuta sostituzione del Fondo Interno Assicurativo ed indica per i nuovi e vecchi Fondi:

- il prezzo (valore unitario) e la data al quale è avvenuto il trasferimento;
- il numero di quote vendute ed acquistate;
- il controvalore del numero delle quote alla data della sostituzione.

ASSEGNAZIONE DEI FUTURI VERSAMENTI

Il Contraente ha la facoltà di richiedere alla Società di modificare la composizione percentuale di attribuzione ai Fondi Interni Assicurativi scelta, con riferimento ai soli versamenti futuri.

La richiesta alla Società relativa ai futuri versamenti deve essere effettuata compilando la sezione relativa all'Assegnazione dei Futuri Versamenti del **Modulo per Versamenti Aggiuntivi e/o Sostituzione Fondi**, e deve

pervenire alla Società almeno 60 giorni prima della ricorrenza annua del Contratto.

Nei Fondi Interni Assicurativi inizialmente scelti restano investite le quote acquisite sulla base della precedente composizione percentuale dei Fondi Interni Assicurativi.

ART. 21 RISCATTO

A condizione che sia trascorso almeno un anno dalla data di decorrenza del Contratto, il Contraente può riscuotere il valore di riscatto.

Al Contraente è data facoltà di chiedere alla Società la liquidazione del valore di riscatto in misura parziale.

In caso di riscatto totale si ha l'estinzione anticipata del contratto, mentre in caso di liquidazione del valore di riscatto parziale il Contratto rimane in vigore per le quote residue, in riferimento alle quali restano confermate le condizioni previste dal presente Contratto.

Per esercitare la sua scelta il Contraente deve compilare il Modulo di richiesta di liquidazione o inviare una comunicazione scritta alla Società a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno nella quale indica la sua decisione di riscattare totalmente o in parte il Contratto.

La Società corrisponde al Contraente il valore di riscatto - parziale o totale - al netto delle imposte previste per Legge.

In ogni caso, il Contraente può richiedere informazioni relative al proprio valore di riscatto alla Società la quale si impegna a fornire tale informazione nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 10 giorni dalla data di ricezione della richiesta stessa.

RISCATTO TOTALE

Il valore di riscatto viene calcolato nei termini seguenti ed è pari al controvalore delle quote dei Fondi Interni Assicurativi, calcolato moltiplicando il numero di quote per il valore unitario delle stesse del quarto giorno di Borsa aperta successivo alla data di ricevimento della richiesta di liquidazione da parte della Società. L'importo così determinato, denominato valore di riscatto totale, viene corrisposto per inte-

ro qualora siano trascorsi interamente almeno cinque anni dalla data di decorrenza del Contratto.

Nel caso contrario, il valore di riscatto si ottiene applicando all'importo sopra definito la penalità di riscatto, determinata in funzione dell'epoca in cui viene effettuata la richiesta di riscatto ed indicata nella seguente Tabella:

ANNO DELLA RICHIESTA DI RISCATTO	PENALITÀ DI RISCATTO
I anno	Non ammesso
II anno	4,00%
III anno	3,00%
IV anno	2,00%
V anno	1,00%
Dal VI anno	0,00%

RISCATTO PARZIALE

Trascorso almeno un anno dalla data di decorrenza, e versata la prima annualità del premio, è data facoltà al Contraente di chiedere alla Società la liquidazione del valore di riscatto anche in misura parziale, a condizione che:

- l'importo lordo riscattato risulti non inferiore a 1.200,00 Euro;
- il controvalore del capitale residuo non risulti inferiore a 1.200,00 Euro.

Il valore di riscatto parziale viene determinato con gli stessi criteri previsti per il riscatto totale. Per ogni riscatto parziale viene trattenuta una ulteriore spesa fissa di 20,00 Euro.

È possibile richiedere un successivo riscatto parziale soltanto dopo 12 mesi dalla precedente richiesta.

Il valore di riscatto potrebbe risultare inferiore alla somma dei versamenti effettuati, sia per effetto, nel corso della durata contrattuale, del deprezzamento delle attività finanziarie di cui le quote sono rappresentazione, sia per l'applicazione delle spese indicate al precedente Art. 19 "SPESE", sia per l'applicazione delle penalità di riscatto.

Non esiste inoltre alcun valore minimo garantito dalla Società per il valore di riscatto.

ART. 22 DECESSO DEL CONTRAENTE (solo se il Contraente è persona fisica diverso dall'Assicurato)

In caso di decesso del Contraente - fatta salva l'avvenuta designazione del subentrante, da parte del Contraente stesso nella Proposta-Certificato o nei modi previsti dalla Legge – uno fra gli aventi diritto, con annessa rinuncia degli altri, subentra nella contraenza, negli stessi diritti-obblighi del Contraente deceduto, con piena facoltà di disporre del contratto medesimo, in particolare ove ne ricorrano i presupposti, di esercitare il diritto di riscatto secondo quanto previsto al precedente Art. 21 "RISCATTO", oppure proseguire nel contratto stesso fino alla sua naturale scadenza. Avranno facoltà, altresì, di variare il nominativo dei Beneficiari originari.

Colui che subentra nella contraenza dovrà compilare il Modulo di Cambio Contraenza fornito dalla Società accompagnato dalla seguente documentazione:

- Certificato di morte del Contraente rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- se il Contraente NON ha lasciato testamento: **atto di notorietà** ovvero **dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio**, in cui risulti che egli non ha lasciato testamento e nel quale siano indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con il Contraente (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti che rivestono tale ruolo);
- se il Contraente HA lasciato testamento: copia autenticata del testamento e/o verbale di pubblicazione dello stesso ed **atto di notorietà** ovvero **dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio** in cui risulti che il testamento in questione è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato nel quale sono indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con il Contraente (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti che rivestono tale ruolo).

Nel caso in cui il Contraente subentrante voglia esercitare il diritto di riscatto dovrà for-

nire i documenti indicati al successivo Art. 25 “PAGAMENTI DELLA SOCIETA” oltre ai sopraindicati documenti.

L'importo da liquidare verrà determinato con le stesse modalità previste per il riscatto.

ART. 23 PRESTITI

Il presente Contratto non prevede l'erogazione di prestiti.

ART. 24 BENEFICIARI

La designazione dei Beneficiari fatta dal Contraente e riportata nella Proposta-Certificato può essere in qualsiasi momento modificata con richiesta del Contraente alla Società, tramite apposita comunicazione da presentare al Soggetto Incaricato oppure mediante disposizione testamentaria nei termini previsti dal Codice Civile.

La designazione beneficiaria non può essere modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente e i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Società rispettivamente la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo che, verificatosi l'evento, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di voler profittare del beneficio.

ART. 25 PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Le domande di liquidazione, con allegata la documentazione richiesta, devono essere:

- consegnate al Soggetto Incaricato, previa compilazione del Modulo di richiesta di liquidazione - indirizzate comunque a Aviva Vita S.p.A., Viale Abruzzi n. 94, 20131 Milano -;
- inviate a Aviva Vita S.p.A., Viale Abruzzi n. 94, 20131 Milano – a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno - solo nei casi strettamente particolari in cui non si abbia più alcun rapporto diretto con il Soggetto Incaricato.

Le liquidazioni vengono effettuate entro trenta giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria. I trenta giorni vengono considerati dal momento in cui la richiesta di liquidazione arriva alla Direzione della Società oppure al Soggetto Incaricato.

La richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, distintamente per tipo di richiesta effettuata, dalla seguente documentazione:

IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico indicante la causa del decesso;
- se l'Assicurato (nel caso in cui coincida con il Contraente) NON ha lasciato testamento: **atto di notorietà** ovvero **dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio**, in cui risulti che egli non ha lasciato testamento e nel quale siano indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti che rivestono tale ruolo);
- se l'Assicurato (nel caso in cui coincida con il Contraente) HA lasciato testamento: copia autenticata del testamento e/o verbale di pubblicazione dello stesso ed **atto di notorietà** ovvero **dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio** in cui risulti che il testamento in questione è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato nel quale sono indicati i suoi eredi legittimi, la loro data di nascita e capacità di agire, il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi legittimi sono gli unici, e non vi sono altri soggetti che rivestono tale ruolo);
- decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il tutore degli eventuali beneficiari minori o privi di capacità di agire, a riscuotere la somma dovuta, con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento; il decreto può essere consegnato anche in copia autenticata;

- per ciascuno dei Beneficiari designati o dei tutori - qualora essi siano minorenni o privi di capacità di agire - sarà sufficiente compilare il Modulo di richiesta di liquidazione e le dichiarazioni sottoscritte verranno direttamente appurate dal Soggetto Incaricato. Solo nel caso in cui tale richiesta venga inviata a mezzo posta, e quindi non sia possibile l'autenticazione delle dichiarazioni, ciascuno dei Beneficiari designati o dei tutori dovrà inviare alla Società anche la seguente documentazione:
 - * copia di un valido documento di identità;
 - * copia del codice fiscale;
 - * dichiarazione sottoscritta da ciascun Beneficiario con indicati il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice C.A.B., A.B.I. e C.I.N..

IN CASO DI RICHIESTA DI RISCATTO

- il Contraente dovrà compilare il Modulo di richiesta di liquidazione e le dichiarazioni sottoscritte verranno direttamente autenticate dal Soggetto Incaricato. Solo nel caso in cui la richiesta di riscatto venga inviata a mezzo posta, il Contraente dovrà inviare alla Società anche la seguente documentazione:
 - * copia di un valido documento di identità;
 - * copia del codice fiscale;
 - * dichiarazione sottoscritta dal Contraente con indicato il numero di conto corrente bancario, Istituto Bancario, intestatario del conto corrente bancario, codice C.A.B., A.B.I. e C.I.N.;
- l'Assicurato (se persona diversa dal Contraente) al momento della presentazione della richiesta di riscatto da parte del Contraente, dovrà sottoscrivere nel modulo di liquidazione la propria dichiarazione di esistenza in vita. Solo in caso di invio di tale richiesta a mezzo posta, sarà necessario che il Contraente invii anche copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- nel caso di richiesta di riscatto parziale, la modalità di richiesta è la medesima del riscatto totale; il Contraente dovrà comunque indicare l'importo che intende riscattare nel Modulo di richiesta di liquidazione. Solo in caso di invio della richiesta di riscat-

to parziale a mezzo posta, tale indicazione dovrà essere inviata unitamente alla documentazione indicata in caso di riscatto totale.

- il Contraente dovrà indicare nel Modulo di richiesta di liquidazione l'eventuale scelta di opzione di conversione del valore del riscatto totale in rendita. Solo in caso di invio della richiesta di liquidazione a mezzo posta alla Società, sarà necessario che il Contraente invii una dichiarazione scritta relativamente a tale scelta;
- nel caso di scelta di conversione del valore di riscatto in una delle forme previste di rendita annua vitalizia, ogni anno e per tutto il periodo di corresponsione della rendita, l'Assicurato dovrà sottoscrivere, presso il Soggetto Incaricato dove è stato stipulato il Contratto, la propria dichiarazione di esistenza in vita. Solo in caso di invio della richiesta di liquidazione a mezzo posta alla Società, sarà necessario che l'Assicurato invii ogni anno il proprio certificato di esistenza in vita o autocertificazione.

La Società si riserva di chiedere, in tutti i casi, l'ulteriore documentazione che si rendesse strettamente necessaria per definire la liquidazione dell'importo spettante.

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

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione sopraindicata.

Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi moratori a partire dal termine stesso a favore degli aventi diritto.

ART. 26 CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altri il Contratto, così come può costituirlo in pegno in favore di un terzo o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci solo quando la

Società, dietro comunicazione scritta del Contraente inviata tramite il Soggetto Incaricato o mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, ne abbia fatto annotazione su apposita Appendice al Contratto.

Nel caso di vincolo, l'operazione di riscatto, ed in generale l'operazione di liquidazione e di variazione contrattuale, richiedono l'assenso scritto del vincolatario.

Nel caso di pegno, l'operazione di riscatto, ed in generale l'operazione di liquidazione e di variazione contrattuale, devono essere richieste dal creditore pignoratizio che si sostituisce in tutto e per tutto al Contraente cedente.

ART. 27 TITOLARITÀ DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Fermo restando che i versamenti effettuati dal Contraente, al netto delle eventuali spese, sono investiti, convertiti in numero di quote, nei Fondi Interni Assicurativi, resta inteso che la titolarità dei Fondi Interni Assicurativi rimane di proprietà della Società.

ART. 28 IMPOSTE

Le imposte, presenti e future, dovute sugli atti dipendenti dal Contratto sono a carico del Contraente, dell'Assicurato o dei Beneficiari o degli aventi diritto, secondo le Norme di Legge vigenti.

ART. 29 TRASFORMAZIONE

Il presente Contratto non può, in nessun caso, essere trasformato in altro tipo di Contratto.

ART. 30 ARROTONDAMENTO

Tutti i valori in Euro riportati nel presente Contratto e nelle comunicazioni che la Società farà al Contraente e all'Assicurato ed ai Beneficiari sono indicati con due decimali. L'arrotondamento della seconda cifra avviene con il criterio commerciale, e cioè per difetto, se la terza cifra decimale è inferiore a 5, per eccesso, se è pari o superiore a 5.

ART. 31 FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o delle persone fisiche che intendono far valere i diritti derivanti dal Contratto.

ART. 32 DUPLICATO DELLA PROPOSTA-CERTIFICATO

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione dell'esemplare della Proposta-Certificato del Contraente, lo stesso o gli aventi diritto, possono ottenere un duplicato a proprie spese e responsabilità.

2. REGOLAMENTO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

AVIVA BPU 1 – AVIVA BPU 2 – AVIVA BPU 3 – AVIVA BPU 4

ART. 1 ISTITUZIONE E DENOMINAZIONE DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

La Società ha istituito e gestisce, secondo le modalità previste dal presente Regolamento, un portafoglio di valori mobiliari suddivisi e diversificati in Fondi Interni Assicurativi, denominati AVIVA BPU 1 – AVIVA BPU 2 – AVIVA BPU 3 – AVIVA BPU 4.

Il Contraente, al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato, sceglie uno o più Fondi Interni Assicurativi tra quelli predisposti dalla Società.

Il patrimonio di ciascun Fondo costituisce patrimonio separato rispetto al patrimonio della Società ed a quello di ogni altro Fondo Interno Assicurativo dalla stessa gestito.

La Società, qualora ne ravvisasse l'opportunità in un'ottica di ricerca di maggiore efficienza anche in termini di costi di gestione, senza addurre danno alcuno al Contraente e nel rispetto dei criteri e dei profili di investimento scelti dal Contraente all'atto della stipula del Contratto, potrà procedere alla fusione dei Fondi Interni Assicurativi con altri Fondi Interni Assicurativi aventi analoghe caratteristiche.

In particolare si precisa che fra le cause di necessità di fusione del Fondo Interno Assicurativo con altro Fondo Interno Assicurativo avente analoghe caratteristiche si individua la consistenza patrimoniale del Fondo inferiore a Euro 5.000.000,00.

Qualora la Società intenda dar corso all'operazione di fusione il Contraente riceverà una informativa preliminare con almeno 60 giorni di anticipo rispetto alla data di decorrenza dell'operazione, con possibilità di riscatto senza penalità.

Il valore del patrimonio del Fondo Interno Assicurativo non può essere inferiore all'importo delle Riserve Matematiche costituite dalla Società per le assicurazioni sulla vita, le cui prestazioni sono espresse in quote del Fondo stesso.

La valuta di denominazione del Fondo Interno Assicurativo è l'Euro.

ART. 2 SCOPO E CARATTERISTICHE DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Lo scopo di ciascun Fondo Interno Assicurativo è di realizzare l'incremento delle somme conferite dai sottoscrittori di un Contratto espresso in quote dei Fondi Interni Assicurativi.

Il grado di rischio di ciascun Fondo Interno Assicurativo dipende in larga misura dalla composizione del portafoglio degli stessi e, in particolare, dalle oscillazioni che si registrano nel valore unitario delle quote degli OICR in cui sono eventualmente investite le disponibilità allocate nei Fondi Interni Assicurativi, nonché dall'eventuale rischio di cambio.

Il profilo di rischio per ciascun Fondo è il seguente:

- Fondo AVIVA BPU 1: basso
- Fondo AVIVA BPU 2: medio-basso
- Fondo AVIVA BPU 3: medio-basso
- Fondo AVIVA BPU 4: medio-alto

I Fondi Interni Assicurativi collegati al Contratto si distinguono per finalità, composizione del portafoglio e profilo di rischio; in questo modo, sulla base delle opportunità offerte dai mercati finanziari, il Contraente può valutare il rapporto rischio/rendimento in funzione degli obiettivi che intende perseguire e decidere, nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione, di destinare il versamento effettuato in quote di uno o più Fondi Interni Assicurativi, denominati: AVIVA BPU 1 – AVIVA BPU 2 – AVIVA BPU 3 – AVIVA BPU 4.

La caratteristica principale di ciascun Fondo Interno Assicurativo è quella di investire gli attivi detenuti dalla Società in quote di uno o più Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio (OICR), sia di diritto comunitario che di diritto estero (armonizzati U.E.) che

soddisfino le condizioni richieste dalla Direttiva 85/611/CEE come modificata dalla Direttiva 88/220/CEE.

Gli investimenti verranno scelti in funzione dello scopo di ciascun Fondo e del profilo di rischio di cui sopra e la loro ripartizione sarà effettuata in base ai criteri di investimento indicati ai successivi articoli 4, 5, 6 e 7. finanziari non quotati.

Gli Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio che compongono i Fondi Interni Assicurativi sono stati scelti in base alla loro potenzialità di crescita sul lungo periodo e alla loro solidità finanziaria.

La Società si riserva di affidare la gestione dei Fondi Interni Assicurativi e le relative scelte di investimento a qualificate Società di Gestione del Risparmio, nel quadro dei criteri di allocazione del patrimonio da essa predefiniti, attraverso un adeguato e sistematico servizio di asset allocation. La Società ha comunque l'esclusiva responsabilità nel confronto degli Assicurati per l'attività di gestione dei Fondi.

Nella gestione potrà essere fatto ricorso all'utilizzo di strumenti derivati, qualora utili a proteggere il valore dell'investimento.

L'eventuale utilizzo di strumenti finanziari derivati è ammesso per soli fini di copertura o al fine di realizzare una gestione efficace del portafoglio di ciascun Fondo Interno Assicurativo nel rispetto comunque delle disposizioni introdotte dal provvedimento ISVAP nr 297/1996 e sue successive modifiche.

L'impiego di tali strumenti finanziari sarà comunque coerente con il profilo di rischio del Fondo Interno Assicurativo.

Inoltre si prevede la possibilità di investire in parti di OICR promossi o gestiti da imprese appartenenti al gruppo o in altri strumenti finanziari emessi da Società del gruppo.

Gli eventuali crediti d'imposta su Fondi di diritto italiano, agevolazioni e commissioni retrocesse dai gestori non verranno riconosciute ai Contraenti ma vengono trattenute dalla Società o da terzi.

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 DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO AVIVA BPU 1

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo AVIVA BPU 1 secondo quanto indicato nella seguente tabella:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
Liquidità	0%	10%
Monetario	20%	70%
Obbligazionario	30%	70%

ART. 5 CRITERI DI INVESTIMENTO DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO AVIVA BPU 2

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo AVIVA BPU 2 secondo quanto indicato nella Seguevole tabella:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
Liquidità	0%	10%
Monetario	0%	35%
Obbligazionario	40%	85%
Azionario	5%	40%

ART. 6 CRITERI DI INVESTIMENTO DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO AVIVA BPU 3

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo AVIVA BPU 3 secondo quanto indicato nella seguente tabella:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
Liquidità	0%	10%
Monetario	0%	20%
Obbligazionario	40%	80%
Azionario	20%	60%

ART. 7 CRITERI DI INVESTIMENTO DEL FONDO INTERNO ASSICURATIVO AVIVA BPU 4

La Società investe i capitali conferiti al Fondo Interno Assicurativo AVIVA BPU 4 secondo quanto indicato nella seguente tabella:

COMPARTO	MINIMO	MASSIMO
Liquidità	0%	10%
Monetario	0%	20%
Obbligazionario	10%	50%
Azionario	50%	90%

ART. 8 SPESE GRAVANTI SUI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Le spese a carico dei Fondi Interni Assicurativi, trattenute giornalmente dalla Società, sono rappresentate da:

a) Commissione di gestione applicata dalla Società: viene trattenuta giornalmente ed incide sulla valorizzazione delle quote dei Fondi Interni Assicurativi stessi; è applicata sul patrimonio complessivo di ciascun Fondo Interno Assicurativo, al netto di tutte le passività, comprese le spese a carico dei Fondi dei punti che seguono, è differenziata per ogni Fondi ed è pari a:

- AVIVA BPU 1: 1,30% su base annua
- AVIVA BPU 2: 1,50% su base annua
- AVIVA BPU 3: 1,70% su base annua
- AVIVA BPU 4: 1,90% su base annua

Tale commissione è comprensiva del costo relativo alla maggiorazione in caso di decesso dell'Assicurato.

- b) Gli oneri di intermediazione e le spese di negoziazione, amministrazione e custodia delle attività.
- c) Le spese di pubblicazione del valore unitario delle quote.
- d) I compensi dovuti alla Società di Revisione di cui all'Art. 10 "REVISIONE CONTABILE" che segue.
- e) Ogni altro onere, anche fiscale, posto a carico dei Fondi.
- f) Commissioni di gestione applicate dalla SGR: sui Fondi Interni Assicurativi gravano indirettamente le spese di gestione e gli

oneri propri degli Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio (OICR) in cui sono investite le relative disponibilità.

Tali commissioni vengono espresse in percentuale sul valore giornaliero degli OICR. La percentuale massima delle commissioni di gestione prelevate da parte della Società di Gestione (SGR) è pari a 1,80% su base annua. Qualora le condizioni economiche di mercato varino sensibilmente, previa comunicazione al Contraente, la Società potrà rivedere il costo massimo sopra previsto e in questo caso al Contraente è concesso il riscatto totale senza penalità.

Si precisa che la commissione annua massima applicata dalla Società di Gestione (SGR) alla data di costituzione dei Fondi Interni Assicurativi non è superiore a:

- a 1,60% per gli OICR appartenenti al comparto azionario;
- a 1,20% per gli OICR appartenenti al comparto obbligazionario;
- a 0,75% per gli OICR appartenenti al comparto monetario.

Si precisa altresì che su ciascun OICR possono gravare una serie di oneri ulteriori che riducono il valore unitario delle relative quote quali, ad esempio, le spese di pubblicazione del valore della quota, gli oneri di intermediazione per la compravendita mobiliare, le spese legali e fiscali, i costi di Banca Depositaria e di transfer agent.

ART. 9 VALORE UNITARIO DELLE QUOTE E RELATIVA PUBBLICAZIONE

MODALITÀ DI VALORIZZAZIONE DELLE QUOTE: Il valore unitario delle quote di ciascun Fondo Interno Assicurativo si ottiene dividendo il patrimonio netto giornaliero di ciascun Fondo Interno Assicurativo per il numero delle quote in cui è ripartito alla stessa data ciascun Fondo Interno Assicurativo.

Il patrimonio netto giornaliero dei Fondi Interni Assicurativi viene determinato in base alla valorizzazione – a valori correnti di mercato – di tutte le attività di pertinenza dei Fondi, al netto di tutte le passività, comprese le spese a carico dei Fondi di cui al precedente Art. 8 "SPESE GRAVANTI SUI FONDI INTER-

NI ASSICURATIVI”.

Il valore unitario delle quote, quale risulta dal prospetto settimanale, viene pubblicato su un principale quotidiano finanziario a diffusione nazionale, indicato nella Nota Informativa (punto 1.2.1 “CARATTERISTICHE DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI”). La Società si riserva, previo avviso al Contraente, di modificare il giornale su cui è pubblicato il valore unitario delle quote dei Fondi Interni Assicurativi.

TEMPISTICA DI VALORIZZAZIONE DELLE QUOTE:

Il valore unitario delle quote di ciascun Fondo Interno Assicurativo sopra indicato è determinato quotidianamente dalla Società utilizzando per la valorizzazione delle attività di pertinenza di ciascun Fondo stesso il prezzo di mercato del secondo giorno precedente a quello di valorizzazione ad esclusione dei giorni di chiusura delle Borse valori nazionali ed internazionali. I prezzi utilizzati sono i prezzi di chiusura desunti dal Listino Ufficiale delle Borse valori nazionali ed internazionali. Nel caso in cui sopravvengano eventi che provochino rilevanti turbative dei mercati tali da comportare la sospensione, eliminazione o mancata rilevazione del valore di mercato degli Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio sottostanti i Fondi Interni Assicurativi la quotazione viene rinviata fino a quando la quotazione degli stessi si renda nuovamente disponibile.

Per “Evento di Turbativa dei Mercati” si intende, con riferimento agli Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio sottostanti i Fondi Interni Assicurativi, l’esistenza di una sospensione o limitazione alle contrattazioni sul corrispondente Mercato Borsistico di Riferimento. Per completezza, resta inteso che una limitazione all’orario normale di contrattazione annunciata dal Mercato Borsistico di Riferimento, non costituirà un Evento di turbativa dei Mercati, al contrario, una limitazione alle contrattazioni dovuta ad una fluttuazione dei prezzi che eccede i livelli permessi dalle autorità competenti costituirà un Evento di Turbativa dei Mercati.

Alla data di costituzione il valore unitario delle

quote di ciascun Fondo Interno Assicurativo è convenzionalmente fissato ad Euro 5,00.

ART. 10 REVISIONE CONTABILE

Annualmente, alla chiusura di ogni esercizio, la Società redige il rendiconto della gestione di ciascun Fondo Interno Assicurativo.

Entro un mese dalla data di redazione del rendiconto della gestione, il Fondo Interno Assicurativo è sottoposto a verifica contabile da parte di una Società di Revisione iscritta all’Albo Speciale di cui al Decreto Legislativo del 24/02/1998 nr. 58 art. 161, e successive modificazioni 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, ed il valore unitario delle quote. In particolare si precisa che la Società di Revisione dovrà esprimere con un’apposita relazione, un giudizio circa la concordanza della gestione degli attivi con i criteri d’investimento stabiliti dal Regolamento, la rispondenza delle informazioni contenute nel rendiconto alle risultanze delle registrazioni contabili, la corretta valutazione delle attività del Fondo Interno Assicurativo nonché la corretta determinazione e valorizzazione delle quote del Fondo alla fine di ogni esercizio.

Il rendiconto della gestione, insieme alla relazione di revisione predisposta dalla Società di Revisione, è a disposizione del Contraente presso la sede della Società ultimata la verifica della Società di Revisione e comunque non oltre 30 giorni dalla sua redazione.

ART. 11 MODIFICHE DEL REGOLAMENTO DEI FONDI INTERNI ASSICURATIVI

Il presente Regolamento dei Fondi Interni Assicurativi può subire modifiche derivanti dall’adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali, con l’esclusione di quelli meno favorevoli per il Contraente. Tali modifiche saranno tempestivamente comunicate ai Contraenti.

3. CONDIZIONI DELLE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE COMPLEMENTARI

ART. 1 ATTIVAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE

Il Contraente può richiedere al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato l'attivazione di **una sola** tra le seguenti Garanzie Complementari:

- Copertura Malattie Gravi (dread disease);
- Copertura Malattie Gravi (dread disease) comprensiva della Copertura di Invalidità Totale e Permanente;
- Invalidità Totale e Permanente;

ART. 2 DISATTIVAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE

La Garanzia Complementare suddetta, una volta sottoscritta, non potrà essere modificata in corso di contratto, ma potrà essere sospesa.

Il Contraente dovrà comunicare la propria volontà di voler sospendere la Garanzia Complementare prescelta almeno 30 giorni prima della ricorrenza annuale rivolgendosi direttamente al Soggetto Incaricato.

Dopo che la Garanzia Complementare è stata sospesa non può più essere riattivata.

ART. 3 DECORRENZA DEGLI EFFETTI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE

La concessione della Copertura Assicurativa è subordinata alla compilazione del Questionario Sanitario allegato alla Proposta-Certificato. La Garanzia Complementare decorrerà dalla terza ricorrenza mensile successiva alla data di decorrenza del Contratto base e con i limiti indicati:

- all'Art. 5 "ESCLUSIONI" della "SEZIONE A - CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) - COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) COMPRESIVA DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE" che segue;
- all'4 "ESCLUSIONI" della "SEZIONE B - CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE" che segue.

Nel caso in cui dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo, la Società si riserva la facoltà di:

- stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio, che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di specifici rischi;
- ovvero
- rifiutare l'assunzione del rischio.

La Società comunicherà al Contraente gli eventuali sovrappremi da applicare o il rifiuto del rischio.

Dalla data di invio da parte della Società della comunicazione degli eventuali sovrappremi, il Contraente ha 20 giorni di tempo per rifiutare tali sovrappremi. In caso di rifiuto dei sovrappremi da applicare la Garanzia Complementare prescelta non verrà attivata e non verrà addebitato il costo della Garanzia dalla terza mensilità.

Nel caso in cui il Contraente non invii nessuna comunicazione alla Società, la Garanzia Complementare inizierà a decorrere e dalla terza ricorrenza mensile verranno addebitati i costi di tale garanzia (comprensivi degli eventuali sovrappremi).

ART. 4 LIMITI DI ETÀ DELL'ASSICURATO

La Garanzia Complementare prescelta è prestata fino all'età massima dell'Assicurato di 65 anni.

L'età di ingresso dell'Assicurato dovrà essere compresa tra i 18 ed i 55 anni.

ART. 5 COSTI DELLE GARANZIE COMPLEMENTARI

Dalla posizione individuale del Contraente dalla terza ricorrenza mensile del Contratto, viene detratto mensilmente da parte della Società il controvalore, convertito in numero di quote, del costo per l'eventuale Garanzia Complementare Facoltativa abbinata al Contratto. Il costo di tale Garanzia viene calcolato ogni anno moltiplicando l'importo del capitale assicurato per il coefficiente relativo al

nesso e all'età dell'Assicurato alla data di calcolo. I coefficienti sono riportati al punto 4. "COSTI PER LE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE" delle Norme Contrattuali che segue.

ART. 6 SOSPENSIONE ED ESTINZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE

In caso di interruzione dei versamenti, la Garanzia Complementare prescelta prosegue finché il valore delle quote accumulate sia sufficiente a coprirne i relativi costi.

Nel caso in cui il controvalore delle quote accumulate non fosse più sufficiente a coprire il costo della Garanzia Complementare, il controvalore delle quote residue, convertito in numero di quote, sarà utilizzato per finanziare per l'ultima volta il costo della Garanzia per un importo ridotto; trascorsa l'ultima ricorrenza in assenza di ulteriori versamenti, la Garanzia terminerà ed il contratto si intenderà risolto e non sarà possibile la riattivazione del Contratto stesso.

SEZIONE A

CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE

- **COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE)**
- **COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) COMPRENSIVA DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE**

ART. 1 PRESTAZIONI GARANTITE

La Società garantisce all'Assicurato la corresponsione di un capitale, in via aggiuntiva, qualora durante il rapporto contrattuale e prima del compimento del 65° anno di età venga diagnosticata, e successivamente accertata, una delle malattie gravi indennizzabili di cui al successivo Art. 2 "DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE".

Una volta corrisposto il capitale assicurato in caso di malattia grave la presente Garanzia Complementare si estingue.

ART. 2 DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE

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

Tuttavia la Garanzia Complementare si estingue nei seguenti casi:

- al verificarsi del decesso dell'Assicurato;
- alla richiesta, da parte del Contraente, di risoluzione anticipata del Contratto e di liquidazione del valore di riscatto totale;
- alla ricorrenza annuale in cui l'Assicurato compie 65 anni.

Per tutto ciò che non è espressamente disciplinato nelle singole sezioni, si applicano le Norme Comuni qui riportate nonché le Condizioni dell'assicurazione di base.

ART. 7 IMPORTO DEL CAPITALE ASSICURATO

Il Contraente ha la possibilità di scegliere l'importo del capitale assicurato per la Garanzia Complementare al momento della sottoscrizione della Proposta-Certificato.

L'importo del capitale assicurato per la Garanzia Complementare può essere pari a Euro 25.000,00 o Euro 50.000,00.

ICTUS

Accidente cerebrovascolare che produca un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda:

- a) infarto del tessuto cerebrale,
- b) emorragia di vaso intracranico, oppure
- c) embolizzazione da fonte extracranica

INFARTO MIOCARDICO

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:

- a) anamnesi di precordialgia tipica,
- b) nuove alterazioni elettrocardiografiche e
- c) aumento degli enzimi cardiaci

CANCRO

Diagnosi di tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne con invasione dei normali tessuti.

Il cancro deve essere confermato da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

Il cancro comprende leucemia, linfomi maligni, malattia di Hodgkin, neoplasie maligne del midollo osseo e carcinoma cutaneo metastatico.

Dalla garanzia sono esclusi:

- carcinoma *in situ*, displasia cervicale, cancro della cervice CIN I, CIN II e CIN III, tutte le forme premaligne e i tumori non invasivi;
- cancro della prostata in fase iniziale, Stadio T1 (T1a e T1b compresi) secondo il sistema TNM o stadiazione equivalente;
- i melanomi cutanei, Stadio 1 ($\leq 1\text{mm}$, livello I, livello II o livello III, senza ulcerazione), secondo la nuova classificazione AJCC 2002;
- ipercheratosi, carcinomi cutanei basocellulari e squamocellulari;
- tutti i tumori in presenza di infezione da HIV.

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 carattere 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. È necessaria prova che l'assicurato si sottopone a emodialisi regolare o si è già sottoposto a trapianto renale.

TRAPIANTO DI ORGANI PRINCIPALI

L'inclusione in una lista di attesa ufficiale o

l'essersi sottoposto come ricevente al trapianto di:

- uno dei seguenti organi umani: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas;
- oppure
- midollo osseo umano mediante cellule staminali emopoietiche, preceduto da ablazione totale di midollo osseo.

Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo.

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente necessario e basato sulla conferma di insufficienza d'organo.

SOLO PER LA GARANZIA COMPLEMENTARE COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) COMPENSIVA DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE:

INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, quale che fosse la professione esercitata dall'Assicurato e sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 65%.

L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

Per il calcolo del grado di invalidità dovuta ad infortunio si conviene di adottare la tabella delle percentuali di cui al D.P.R. 30/06/65 n. 1124 in seguito allegata.

ART. 3 INSORGENZA DELLA MALATTIA

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.

ART. 4 PERIODO DI QUALIFICAZIONE E DECESSO DELL'ASSICURATO

Il capitale assicurato, nel caso in cui l'Assicurato venga colpito da malattia grave ai sensi dell'Art. 2 "DEFINIZIONE DI MALATTIA

GRAVE” della presente Garanzia, verrà corrisposto se l’Assicurato sarà in vita al termine di un periodo di qualificazione di un mese, indipendentemente da un suo eventuale decesso in epoca successiva.

Il presente termine decorre dal momento in cui è insorta la malattia così come stabilito all’Art. 3 “INSORGENZA DELLA MALATTIA”. Nel caso di decesso dell’Assicurato durante il periodo di qualificazione, il capitale assicurato con la presente copertura non verrà corrisposto.

Trascorso il periodo di qualificazione, qualora l’Assicurato sia stato colpito da una malattia grave e nel caso si verifichi il decesso, la Società corrisponderà ai Beneficiari designati o agli aventi diritto il capitale assicurato dalla presente Copertura Complementare “Malattie Gravi”.

ART. 5 ESCLUSIONI

E’ esclusa dalla presente Garanzia Complementare la malattia grave che sia causata da:

- dolo del Contraente o Assicurato ivi compreso qualsiasi atto intenzionale che arrechi pregiudizi fisici;
- partecipazione attiva dell’Assicurato ai delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell’Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano;
- incidente di volo, se l’Assicurato viaggia a bordo di aereomobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare del brevetto idoneo, e in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell’ equipaggio;
- abuso di alcool e di droghe;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie gravi ad essa correlate.

ART. 6 OBBLIGHI DI DENUNCIA IN CASO DI INSORGENZA DI MALATTIA GRAVE

Al verificarsi di una delle malattie gravi indicate al precedente Art. 2 “DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE”, il Contraente, o altra persona in loro vece debbono darne avviso alla Società, mediante lettera raccomandata AR

allegando il modulo del Medico Curante per i Sinistri Dread Disease e la relativa documentazione sanitaria comprovante la diagnosi.

Il Contraente o altra persona in loro vece devono:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione utile per l’accertamento della malattia grave, nonché fornire ogni ulteriore documentazione che la Società riterrà opportuno richiedere per l’accertamento;
- consentire alla Società tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie con spese a carico degli stessi.

ART. 7 ACCERTAMENTO DELL’INDENNIZZABILITÀ DELLA MALATTIA E LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La Società si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia grave con propri medici di fiducia.

La Società provvederà a compiere gli accertamenti necessari per verificare l’indennizzabilità della malattia grave e renderà nota la propria decisione entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta.

Una volta accertata l’indennizzabilità della malattia grave insorta, la Società provvederà a liquidare il capitale assicurato per la malattia grave entro i successivi 30 giorni.

ART. 8 DECESSO ANTERIORE ALL’ ACCERTAMENTO DELL’INDENNIZZABILITÀ DELLA MALATTIA

Il decesso dell’Assicurato avvenuto conseguentemente al verificarsi della malattia grave, debitamente certificato dall’Autorità competente, o verificatosi prima che la Società ne abbia accertato l’indennizzabilità, e comunque dovuto ad una delle malattie gravi ricomprese nella copertura assicurativa, equivale ad avvenuto riconoscimento della indennizzabilità della malattia grave ed implica la liquidazione del corrispondente capitale assicurato, semprechè sia trascorso il periodo di qualificazione di cui all’Art. 4 “PERIODO DI QUALIFICAZIONE E DECESSO DELL’ASSICURATO” della presente sezione.

Qualora la Società non riconosca la malattia grave indennizzabile, il Contraente o l'Assicurato hanno facoltà, entro 60 giorni dal ricevimento della dichiarazione negativa dell'accertamento, di promuovere, a mezzo lettera raccomandata AR la decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente o dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti.

In caso di mancato accordo entro 10 giorni dalla richiesta dell'arbitrato, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale dove ha sede la Società. Il Collegio Arbitrale decide entro 30 giorni dalla sua costituzione, a maggioranza, senza formalità di procedura, con parere vincolante.

Gli arbitri, qualora lo ritengano opportuno e senza obbligo di sentenza, possono promu-

vere qualsiasi tipo di accertamento sanitario. Ciascuna della parti sopporta le spese e le competenze del proprio medico prescelto e la metà di quelle del terzo medico. Le altre spese sono a carico della parte soccombente.

Qualora il Collegio Arbitrale esprima un parere favorevole sulla diagnosi di una malattia grave, la corresponsione del capitale avverrà entro 30 giorni dalla data di comunicazione del suddetto parere.

Qualora siano scaduti i termini previsti per la corresponsione della prestazione assicurata, come in precedenza riportato, saranno dovuti gli interessi moratori.

In tal caso la Società corrisponderà ai Beneficiari designati o agli aventi diritto il capitale assicurato della presente Copertura Complementare Malattie Gravi.

SEZIONE B

CONDIZIONI DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE

ART. 1 PRESTAZIONE GARANTITA

La Società garantisce all'Assicurato la corresponsione di un capitale in via aggiuntiva qualora venga colpito da invalidità totale e permanente secondo le modalità indicate dal successivo Art. 2 "DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ", durante il rapporto contrattuale, e prima del compimento del 65° anno di età.

ART. 2 DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità

lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro, quale che fosse la professione esercitata dall'Assicurato purché proficua e remunerabile e sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 65%.

L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

Per il calcolo del grado di invalidità dovuta ad infortunio si conviene di adottare la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/65 n. 1124 qui riportata:

TABELLA INAIL DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO DI PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita totale della facoltà visiva di entrambi gli occhi	100%	
Perdita anatomica e atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vale quanto previsto per gli infortuni oculari della tabella per l' industria)		
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio	5%	
	Dx	Sx
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	

	Dx	Sx
<u>Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75 gradi:</u>		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%	20%
<u>Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi</u>	55%	50%
<u>Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:</u>		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%	30%
<u>Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea</u>	18%	15%
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
<u>Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole</u>	45%	
<u>Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi</u>	80%	
<u>Perdita totale di una coscia in qualsiasi altro punto</u>	70%	
<u>Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato</u>	65%	
<u>Perdita di una gamba al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato</u>	55%	
<u>Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede</u>	50%	
<u>Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso</u>	30%	
<u>Perdita dell'alluce corrispondente metatarso</u>	16%	
<u>Perdita totale del solo alluce</u>	7%	
<u>Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto é valutato il</u>	3%	
<u>Anchilosi completa rettilinea del ginocchio</u>	35%	
<u>Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto</u>	20%	
<u>Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri</u>	11%	

ART. 4 ESCLUSIONI

La presente Garanzia Complementare non garantisce i casi di invalidità totale e permanente dell'Assicurato che siano conseguenti a:

- esiti di infortuni che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
- malattie preesistenti alla stipulazione del contratto;

- malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e disturbi comportamentali;
- malattie correlate al consumo di stupefacenti, di sostanze psicotrope e all'abuso di alcool;
- infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e malattie ad essa correlate;
- infortuni derivanti dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non

sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, dall'uso e guida di mezzi subacquei; gli infortuni subiti dall'Assicurato come pilota di aereo o come membro dell'equipaggio; gli infortuni subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero di aereomobile non autorizzato al volo e con pilota non titolare di brevetto idoneo;

- infortuni derivanti dall'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
- infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare e relative prove od allenamenti, salvo che si tratti di:
 - * raduni automobilistici e gare di regolarità pura;
 - * altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore e gli sport esclusi sopraelencati;
 - * regate veliche o raduni cicloturistici;
- infortuni dovuti a stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose e dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da copertura di infortuni conseguenti ad atti compiuti per la legittima difesa o per dovere di umanità e solidarietà;
- infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Non possono essere inoltre assicurate, indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute rilevato dal Questionario Sanitario o dagli accertamenti sanitari, le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive/alcol-

stupefacenti-farmaci), infezioni da HIV, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidei.

ART. 5 OBBLIGHI DI DENUNCIA IN CASO DI INSORGENZA DELLO STATO DI INVALIDITÀ

Nel caso in cui si verifichi lo stato di invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato o altra persona in loro vece debbono darne avviso alla Società, a mezzo di lettera raccomandata AR accludendo altresì il modulo del Medico Curante sui Sinistri Invalidità Totale e Permanente.

Il Contraente o altra persona in vece sono tenuti a rispettare i seguenti obblighi:

- consentire alla Società tutte le indagini e visite mediche che essa riterrà necessarie con spese a carico degli stessi;
- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione utile per l'accertamento dello stato di invalidità, nonché fornire tutte le prove necessarie per determinare le cause e le conseguenze della malattia o della lesione che hanno causato l'invalidità.

ART. 6 ACCERTAMENTO DELLO STATO DI INVALIDITÀ E LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La Società provvederà a compiere gli accertamenti necessari per verificare lo stato di invalidità; dopodiché renderà nota all'Assicurato la propria decisione entro il termine massimo di 180 giorni dalla data di pervenimento alla Società a mezzo di raccomandata AR, della documentazione di cui al precedente Articolo, salvo il maggior termine eventualmente necessario per stabilire la gravità dell'invalidità permanente stessa.

La Società una volta accertato lo stato di invalidità dell'Assicurato, provvederà a corrispondere il capitale assicurato previsto dall'assicurazione complementare entro il termine massimo di 30 giorni.

In caso di decesso dell'Assicurato prima che la Società abbia accertato l'indennizzabilità dell'invalidità, il capitale assicurato dalla presente copertura non verrà corrisposto.

**ART. 7 CONTROVERSIE E COLLEGIO
ARBITRALE**

In caso di controversia sulla misura dell'indenizzabilità o al grado di invalidità permanente di cui all'Art. 2 "DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ", le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere in merito ad un collegio di tre medici, di cui uno nominato dalla Società, uno dal Contraente ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti o, in caso contrario, dal Presidente del Tribunale dove ha sede la Società.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa di ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti.

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

4. COSTI PER LE GARANZIE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE

I costi delle Garanzie Complementari sotto riportati sono per 1.000,00 Euro di Capitale.

<u>GARANZIA COMPLEMENTARE COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE)</u>			<u>GARANZIA COMPLEMENTARE COPERTURA MALATTIE GRAVI (DREAD DISEASE) COMPRESIVA DELLA COPERTURA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE</u>		
ETÀ	MASCHI	FEMMINE	ETÀ	MASCHI	FEMMINE
18	0,422	0,322	18	0,533	0,433
19	0,445	0,349	19	0,557	0,46
20	0,469	0,379	20	0,581	0,491
21	0,499	0,412	21	0,626	0,538
22	0,538	0,445	22	0,696	0,603
23	0,579	0,481	23	0,761	0,663
24	0,62	0,518	24	0,825	0,723
25	0,664	0,557	25	0,901	0,795
26	0,713	0,627	26	0,974	0,888
27	0,764	0,728	27	1,049	1,014
28	0,816	0,845	28	1,133	1,162
29	0,867	0,992	29	1,216	1,34
30	0,931	1,161	30	1,311	1,541
31	0,982	1,315	31	1,385	1,718
32	1,029	1,444	32	1,464	1,88
33	1,108	1,582	33	1,583	2,057
34	1,214	1,74	34	1,713	2,239
35	1,341	1,918	35	1,879	2,456
36	1,493	2,119	36	2,078	2,705
37	1,671	2,351	37	2,287	2,967
38	1,855	2,616	38	2,512	3,273
39	2,038	2,919	39	2,735	3,616
40	2,214	3,266	40	2,941	3,994
41	2,435	3,581	41	3,202	4,348
42	2,721	3,859	42	3,537	4,675
43	3,127	4,177	43	3,998	5,047
44	3,677	4,54	44	4,611	5,474
45	4,304	4,942	45	5,317	5,955
46	4,923	5,365	46	6,039	6,481
47	5,515	5,806	47	6,757	7,048
48	6,152	6,265	48	7,552	7,665
49	6,827	6,74	49	8,434	8,346
50	7,538	7,229	50	9,389	9,081
51	8,324	7,775	51	10,445	9,896
52	9,141	8,381	52	11,578	10,818
53	10,053	9,007	53	12,869	11,824
54	11,045	9,653	54	14,297	12,905
55	12,012	10,361	55	15,755	14,104
56	13,142	11,088	56	17,432	15,377
57	14,462	11,809	57	19,353	16,7
58	16,132	12,581	58	21,662	18,113
59	18,159	13,485	59	24,379	19,705
60	20,284	14,508	60	27,247	21,472
61	22,446	15,459	61	30,185	23,198
62	24,6	16,312	62	33,138	24,849
63	26,726	17,174	63	35,802	26,251
64	28,778	18,038	64	38,091	27,352
65	30,707	18,853	65	40,255	28,285

GARANZIA COMPLEMENTARE
DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

EtÀ	MASCHI	FEMMINE
18	0,265	0,265
19	0,265	0,265
20	0,265	0,265
21	0,265	0,265
22	0,265	0,265
23	0,265	0,265
24	0,265	0,265
25	0,265	0,265
26	0,282	0,282
27	0,315	0,315
28	0,348	0,348
29	0,381	0,381
30	0,415	0,415
31	0,432	0,432
32	0,481	0,481
33	0,514	0,514
34	0,531	0,531
35	0,58	0,58
36	0,614	0,614
37	0,646	0,646
38	0,697	0,697
39	0,729	0,729
40	0,763	0,763
41	0,813	0,813
42	0,862	0,862
43	0,928	0,928
44	0,995	0,995
45	1,095	1,095
46	1,211	1,211
47	1,36	1,36
48	1,542	1,542
49	1,774	1,774
50	2,039	2,039
51	2,338	2,338
52	2,703	2,703
53	3,117	3,117
54	3,598	3,598
55	4,128	4,128
56	4,725	4,725
57	5,373	5,373
58	6,052	6,052
59	6,798	6,798
60	7,578	7,578
61	8,389	8,389
62	9,236	9,236
63	9,501	9,501
64	9,717	9,717
65	10,811	10,811



AVIVA Vita S.p.A.

Viale Abruzzi, 94 – 20131 Milano – Tel. 02.2775.1 – Fax 02.2775.204

Capitale Sociale Euro 5.800.000,00 (i.v.) - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 9/9/1988 (Gazzetta Ufficiale N. 223 del 22/9/1988)
R.E.A. di Milano N. 1676319 - Codice Fiscale e Registro delle Imprese di Milano N. 08701770151 - Partita IVA 05930150015 - La Società ha sede legale e sede sociale in Italia - Viale Abruzzi, 94 - 20131 Milano