

armonia



BPB ASSICURAZIONI
BPB ASSICURAZIONI VITA

GRUPPO BANCA POPOLARE DI BERGAMO - CV

Sommario

Definizioni	pag.	4
Relative all'assicurazione in generale	pag.	4
Relative all'assicurazione Vita	pag.	4
Relative all'assicurazione per le conseguenze di Malattia od Infortunio	pag.	6
Norme che regolano il contratto di assicurazione in generale ...	pag.	7
Norme che regolano il contratto di assicurazione sulla Vita in generale.....	pag.	12
Norme che regolano la rendita vitalizia differita a premio unico con controassicurazione e con rivalutazione annua della rendita...	pag.	16
Norme che regolano la Temporanea in caso di morte A capitale ed a premio annuo costante	pag.	19
Clausola di Rivalutazione relativa alla sola Garanzia Principale A - Tariffa n. 80US	pag.	21
Regolamento Gestione Speciale "Armonium" relativo alla sola Garanzia Principale A - Tariffa n. 80US	pag.	22
Clausola di differimento automatico di scadenza relativa alla Garanzia Principale A - Tariffa n. 80US	pag.	24
Norme che regolano il contratto di assicurazione per le conseguenze di Malattia od Infortunio in generale.....	pag.	25
Norme che regolano l'assicurazione dell'Invalidità totale e permanente conseguente a Malattia od Infortunio	pag.	27
Norme che regolano l'assicurazione per l'Indennità giornaliera Per ricoveri da Malattia o da Infortunio	pag.	32
TABELLA 1	pag.	35
TABELLA 2	pag.	36
TABELLA 3	pag.	36

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA
NELLE FORME DI “Rendita Vitalizia Differita
a Premio Unico con controassicurazione
e con Rivalutazione Annuale della Rendita”
Tariffa N. 80US - GARANZIA PRINCIPALE A
“Temporanea in Caso di Morte a Capitale
ed a Premio Annuo Costanti” Tariffa n. 10S -
GARANZIA ACCESSORIA B - PER LE
CONSEGUENZE DI MALATTIA OD INFORTUNIO
NELLE FORME DI “Invalidità Totale e
Permanente conseguente a Malattia od
Infortunio” GARANZIA ABBINATA C
“Indennità Giornaliera per Ricoveri da Malattia
o da Infortunio” GARANZIA ABBINATA D**



DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il presente contratto di assicurazione sulla vita è disciplinato, oltre che dalle norme legislative in materia, dalle:

- **NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN GENERALE**
- **NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA IN GENERALE**
- **NORME CHE REGOLANO LA RENDITA VITALIZIA DIFFERITA A PREMIO UNICO CON CONTROASSICURAZIONE E CON RIVALUTAZIONE ANNUA DELLA RENDITA (Condizioni Speciali per la Garanzia Principale A - Tariffa n. 80US)**
- **NORME CHE REGOLANO LA TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A CAPITALE ED A PREMIO ANNUO COSTANTI (Condizioni Speciali per la Garanzia Accessoria B - Tariffa n. 10S)**
- **CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE RELATIVA ALLA SOLA GARANZIA PRINCIPALE A - TARIFFA N. 80US**
- **REGOLAMENTO GESTIONE SPECIALE "ARMONIUM" RELATIVO ALLA SOLA GARANZIA PRINCIPALE A - TARIFFA N. 80US**
- **CLAUSOLA DI DIFFERIMENTO AUTOMATICO DI SCADENZA RELATIVA ALLA GARANZIA PRINCIPALE A - TARIFFA N. 80US**
- **NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LE CONSEGUENZE DI MALATTIA OD INFORTUNIO IN GENERALE**
- **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELL'INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA OD INFORTUNIO (Condizioni Speciali per la Garanzia Abbinata C)**
- **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE PER L'INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERI DA MALATTIA O DA INFORTUNIO (Condizioni Speciali per la Garanzia Abbinata D)**

ESTREMI DELL'ASSICURAZIONE

Dalla DICHIARAZIONE DI ADESIONE – PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA risultano:

- Numero di polizza;
- Decorrenza;
- Durata dell'Assicurazione (differimento);
- Identità del Contraente e dell'Assicurato;
- Attribuzione del Beneficio;
- Importo del premio dovuto dal Contraente;
- Prestazioni garantite.

Definizioni

Alle seguenti denominazioni viene convenzionalmente attribuito il significato qui precisato:

RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ASSICURATO: persona sulla cui testa è stipulato il contratto.

ASSICURAZIONE: garanzia prestata con il Contratto di Assicurazione.

CONTRAENTE: chi stipula il Contratto di Assicurazione.

CONSUMATORE: Contraente, Beneficiario o chiunque avanzi un giudizio contro la Società.

BENEFICIARIO/I: colui/loro cui spetta/no le somme assicurate.

INFORTUNIO: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

MALATTIA: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

POLIZZA: documento che prova l'esistenza del Contratto di Assicurazione.

PREMIO: l'importo dovuto dal Contraente alla Società'.

SOCIETÀ: B.P.B. Assicurazioni Vita S.p.A., per le garanzie PRINCIPALE A ed ACCESSORIA B; B.P.B. Assicurazioni S.p.A. per le garanzie ABBINATE C e D.

RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE VITA



CARENZA: intervallo di tempo che intercorre tra la data di conclusione del contratto e la piena efficacia delle garanzie.

CERTIFICAZIONE: verifica ed attestazione, da parte di una Società di revisione, iscritta in un apposito albo, della corretta determinazione del rendimento annuo conseguito dalla gestione speciale "ARMONIUM".

CONSOLIDAMENTO: meccanismo in base al quale il rendimento retrocesso annualmente, e quindi la rivalutazione delle prestazioni, è definitivamente acquisito dal contratto.

DIFFERIMENTO (O DURATA): intervallo di tempo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto e quella in cui matura il diritto, in caso di sopravvivenza, di percepire la rendita assicurata.

DIFFERIMENTO AUTOMATICO DI SCADENZA: facoltà concessa al Contraente di differire il godimento della rendita ad una successiva scadenza.

FRAZIONAMENTO DEL PREMIO: possibilità di pagare il premio annuo in più rate; comporta generalmente l'applicazione di una maggiorazione (interessi di frazionamento).

OPZIONE: facoltà concessa al Contraente di modificare, alla scadenza, il tipo di prestazione prevista originariamente (per esempio, capitale invece di rendita vitalizia).

RECESSO: diritto, riconosciuto al Contraente, di annullare il contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione; comporta la restituzione delle somme eventualmente versate, diminuite, oltreché dell'imposta sul premio, delle spese già sostenute dalle Società, purché preventivamente quantificate nella Dichiarazione di Adesione - Proposta di Assicurazione.

RENDITA VITALIZIA: prestazione assicurativa che prevede il pagamento di una somma periodica, fintantoché l'Assicurato è in vita.

REVERSIBILITÀ: clausola che prevede, in caso di morte dell'Assicurato nel periodo di corresponsione di una rendita, l'attribuzione della stessa, per intero o in parte, ad un'altra persona, finché questa è in vita.

REVOCA: diritto del Contraente di annullare la proposta di assicurazione presentata alle Società, ottenendo la restituzione delle somme già versate,

diminuite delle eventuali spese sostenute dalle Società, purché preventivamente quantificate nella Dichiarazione di Adesione - Proposta di Assicurazione.

RIATTIVAZIONE: facoltà concessa al Contraente di riprendere il versamento dei premi dopo una sospensione.

RISERVA MATEMATICA: importo accantonato dalle Società per far fronte in futuro ai loro obblighi contrattuali.

RIVALUTAZIONE: maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione annuale di una quota di rendimento della gestione speciale alla quale è legato il contratto.

RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE PER LE CONSEGUENZE DI MALATTIA OD INFORTUNIO

INDENNITÀ GIORNALIERA: somma corrisposta dalla Società per ogni giorno di ricovero in Istituto di Cura.

INDENNIZZO: somma corrisposta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

INSORGENZA: quell'episodio a seguito del quale, secondo documentazione medica, ci sia motivo di ritenere che le conseguenze della malattia possano attivare la garanzia assicurativa.

INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE: perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato della capacità all'esercizio di una qualsiasi professione o mestiere.

ISTITUTO DI CURA: ospedale, clinica, casa di cura, istituto universitario, regolarmente autorizzato in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'organizzazione dell'assistenza ospedaliera; non si considerano Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

RICOVERO: degenza comportante almeno un pernottamento in Istituto di Cura.

RISCHIO: probabilità che si verifichi il sinistro.

SINISTRO: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.



Norme che regolano il contratto di assicurazione in generale

Art. 1 - Caratteristiche relative ai contenuti del piano assicurativo “ARMONIA”

Il piano assicurativo “ARMONIA” si articola attraverso la combinazione di quattro garanzie, di cui due prestate con tariffe di assicurazione sulla vita della B.P.B. ASSICURAZIONI VITA S.p.A. e due prestate con tariffe danni dalla B.P.B. ASSICURAZIONI S.p.A..

Art. 2 - Garanzie Assicurative

Le Garanzie Assicurative prestate dal presente Contratto di Assicurazione sono quelle di seguito riportate.

GARANZIA PRINCIPALE A

che prevede:

- la corresponsione a partire dal termine di differimento (scadenza del contratto), al Beneficiario designato, se l’Assicurato sarà in vita a tale data, di una rendita annua vitalizia annualmente rivalutabile, pagabile fino al decesso dell’Assicurato stesso, in rate semestrali posticipate;
- il pagamento immediato in unica soluzione, ai beneficiari designati, in caso di morte dell’Assicurato prima del termine di differimento, di una prestazione sotto forma di capitale - definita controassicurazione - per un importo pari all’ammontare dei premi versati per tale garanzia, al netto delle imposte e delle spese di intermediazione e rivalutati in base alla stessa misura e alle stesse modalità stabilite per la rendita assicurata.

GARANZIA ACCESSORIA B

che prevede:

- il pagamento immediato ai Beneficiari designati di un capitale, in caso di morte dell’Assicurato prima del termine di differimento.

GARANZIA ABBINATA C

che prevede:

- il pagamento immediato all’Assicurato di un capitale nel caso in cui lo stesso

venga colpito, nel periodo di assicurazione, da una Invalidità Totale e Permanente conseguente a Malattia o ad Infortunio.

GARANZIA ABBINATA D

che prevede:

- il pagamento all'Assicurato nel periodo di assicurazione di una indennità giornaliera in caso di ricovero in Istituto di Cura che sia stato reso necessario da Malattia od Infortunio.

Art. 3 - Versamento dei Premi

Le garanzie relative al piano assicurativo si attivano ogni anno mediante il versamento, da parte del Contraente, di premi unici annualmente ricorrenti da ripartirsi per ciascun tipo di prestazione e pagabili per il numero di anni di durata del differimento, ma non oltre la morte dell'Assicurato.

Nel caso di liquidazione nel corso della durata contrattuale della prestazione relativa alla Garanzia Abbinata C, i relativi premi successivamente versati verranno attribuiti interamente alle prestazioni di cui alla Garanzia Principale A, Accessoria B ed Abbinata D.

Al termine del periodo di differimento la prestazione prevista in caso di morte dell'Assicurato di cui alla Garanzia Principale A, nonché quelle previste dalle garanzie B,C e D si intenderanno cessate ed i relativi premi pagati resteranno acquisiti alle Società.

Il versamento del premio complessivo annualmente ricorrente può avvenire con cadenza annuale o sub-annuale. L'importo del premio corrisposto, comprensivo degli eventuali interessi di frazionamento e delle imposte di assicurazione non può essere inferiore a Lire 3.600.000 lorde annue; in caso di versamento frazionato nel corso dell'anno l'ammontare complessivo annuo non potrà essere inferiore al suddetto importo minimo annuale e gli importi di premio dovranno essere comunque costanti.

Il primo premio - premio base - è dovuto alla decorrenza del Contratto di Assicurazione; i successivi, sempreché l'Assicurato sia in vita, alla ricorrenza annuale o sub-annuale, - in funzione della rateazione prescelta - della data di decorrenza.

Le rate di Premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite, contro quietanze emesse dalla Direzione Generale della Società, presso la sede dell'Intermediario cui è assegnata la Polizza, o tramite altra modalità di pagamento concordata con la Società.

A giustificazione del mancato pagamento del Premio, il Contraente non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio. È ammessa una dilazione di trenta giorni senza oneri di interessi.

Art. 4 - Variazione del premio unico annualmente ricorrente

Il Contraente ha facoltà di aumentare ad ogni ricorrenza anniversaria della data di decorrenza del contratto, il Premio unico annualmente ricorrente.

La parte di premio in aumento sarà ripartita sulle quattro garanzie e comporterà l'incremento delle relative prestazioni, fermo restando per la Garanzia Accessoria



B e le Abbinare C e D i limiti massimi stabiliti per le somme e le indennità assicurate fissate al successivo Art. 6.

Le variazioni di premio sono ammesse solo per multipli di Lire 100.000.

Art. 5 - Versamento di Premi Unici Aggiuntivi

Il Contraente, alla stipula del contratto o successivamente in qualsiasi momento nel corso del differimento, sempreché in questo secondo caso il contratto sia in regola con il pagamento dei premi, ha facoltà di effettuare versamenti di Premi Unici Aggiuntivi pagabili in unica soluzione.

L'importo, così versato, verrà utilizzato interamente per incrementare la prestazione di rendita vitalizia di cui alla Garanzia Principale A.

Il Premio Unico Aggiuntivo non può essere inferiore compresa l'imposta di assicurazione, a Lire 3.000.000.

Art 6 - Attivazione delle garanzie

Il piano assicurativo "ARMONIA" prevede l'emissione di una successione di assicurazioni basate sulle forme previste al precedente Art. 2, in ciascuno degli anni di durata del contratto a partire dalla data di decorrenza.

Pertanto, anche se il versamento dei premi avviene in forma sub-annuale, l'attivazione delle garanzie costituenti il piano avvengono ad ogni anniversario della data di decorrenza, impiegando annualmente per ciascuna delle garanzie stesse un Premio Unico Netto di Riferimento dato dal prodotto del relativo premio sub-annuale sottoscritto, depurato dalle imposte e dagli interessi di frazionamento, per la rateazione prescelta. In conseguenza di quanto sopra, ciascuna delle prestazioni garantite verrà automaticamente attivata con le modalità che seguono:

per la Garanzia Principale A:

- a. la prima alla data di decorrenza del contratto in funzione del relativo Premio Unico Netto di Riferimento attribuito calcolato in base all'età ed al sesso dell'Assicurato e con differimento pari alla durata prefissata;
- b. le successive ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza del contratto in funzione del Premio Unico Netto di Riferimento attribuito, calcolato in base all'età e al sesso dell'Assicurato alla ricorrenza annuale considerata, ma con differimento in progressiva diminuzione di durata affinché le scadenze di tutte le posizioni risultino riportate alla medesima data di scadenza.

Per ogni eventuale versamento aggiuntivo viene effettuato il calcolo della rendita in funzione dell'età dell'Assicurato all'atto del versamento, del sesso e della durata residua (calcolata in anni e giorni) rispetto alla scadenza contrattualmente fissata. La rendita garantita a scadenza corrisponderà pertanto alla somma delle rendite derivanti dalle singole posizioni attivate sia con i premi annualmente ricorrenti, sia con i Premi Aggiuntivi versati in unica soluzione;

per la Garanzia Accessoria B:

- c. la prima alla data di decorrenza del contratto per un capitale pari a **(50 / 3)** volte il premio lordo totale annuo con un massimo di Lire **100.000.000**;

d. le successive ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza del contratto per un capitale pari alla differenza tra il capitale assicurato di cui alla precedente lettera c. e quanto maturato alla ricorrenza annuale considerata, a fronte dell'evento morte della Garanzia Principale A;

per la Garanzia Abbinata C:

e. la prima alla data di decorrenza del contratto e successivamente ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza del contratto stesso per un capitale pari a **20** volte il premio lordo totale annuo con un massimo di Lire **480.000.000**;

per la Garanzia Abbinata D:

f. la prima alla data di decorrenza del contratto e successivamente ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza del contratto stesso per un importo al **(0,2 / 12)** del premio lordo totale annuo, con un massimo di Lire **100.000** per ogni giorno di degenza e per la durata massima di **100** giorni per anno assicurativo.

L'importo del Premio Unico Netto di Riferimento attribuito annualmente, per ciascuna delle prestazioni garantite in funzione dell'età e del sesso dell'Assicurato, della durata dell'assicurazione e dell'anno di nascita è desumibile dal Progetto Esemplificativo personalizzato che dovrà essere sempre consegnato al Cliente.

La prestazione di rendita aggiuntiva, garantita con il versamento in unica soluzione, sarà comunicata con la Lettera di Conferma per l'integrazione della prestazione di rendita, trasmessa dalla Società al Contraente.

Per la Garanzia Accessoria B e per le Garanzie Abbinata C e D sono previsti determinati periodi di carenza come riportato dalle Norme che regolano tali singole garanzie.

Art. 7 - Interruzione del pagamento dei premi - Riduzione - Riscatto - Riattivazione

È facoltà del Contraente di sospendere, in qualsiasi momento, il pagamento dei premi.

In tal caso la Garanzia Accessoria B e le Garanzie Abbinata C e D dovranno intendersi decadute dopo che siano trascorsi 30 giorni dalla scadenza del premio rimasto insoluto.

Per quanto concerne la Garanzia Principale A questa resterà in vigore con una prestazione ridotta secondo quanto previsto dalle relative Condizioni Speciali. È altresì facoltà del Contraente, trascorso almeno un anno dalla stipula, richiedere la risoluzione del contratto e la conseguente corresponsione del valore di riscatto della prestazione di cui alla Garanzia Principale A, determinato secondo quanto previsto dalle relative Condizioni Speciali.

Il Contraente può, entro sei mesi dalla data di sospensione, richiedere il ripristino della piena efficacia del contratto, effettuando tutti i versamenti arretrati aumentati degli interessi calcolati in base al saggio annuo di riattivazione, per il periodo intercorrente tra la data dell'ultimo versamento non effettuato e la data di riattivazione; il saggio annuo di riattivazione è uguale alla misura percentuale della rivalutazione applicata alla prestazione di rendita, a norma della "Clausola di Rivalu-



tazione”, all’inizio dell’anno assicurativo al quale ciascun versamento arretrato si riferisce, con un minimo del saggio legale di interesse.

Se la richiesta di riattivazione avviene dopo il sesto mese dalla sospensione, il ripristino del contratto è ammesso esclusivamente a fronte della sola prestazione di cui alla Garanzia Principale A nella quale saranno interamente impiegati i premi versati successivamente alla richiesta di riattivazione.

Art 8 - Informativa periodica

Ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza del contratto, verrà inviato al Contraente un estratto conto riepilogativo riportante l’ammontare dei premi lordi complessivamente versati ed il valore delle prestazioni assicurate, con l’indicazione per la Garanzia Principale A della rivalutazione nel frattempo conseguita.

Entro il mese di febbraio di ciascun esercizio verrà inviata al Cliente apposita dichiarazione da allegare alla denuncia dei redditi ai fini della detrazione d’imposta IRPEF, alle condizioni e nei limiti di detraibilità previsti dalla legge.

Art. 9 - Conseguenze dell’esercizio del diritto di recesso da parte del Contraente

Il Contraente che, in virtù di quanto disposto dall’Art. 3 - Recesso, contenuto nelle norme che regolano il Contratto di Assicurazione sulla Vita in Generale, intenderà usufruire di tale disposizione, sarà automaticamente liberato anche dagli obblighi che gli derivano dalla Garanzia Accessoria B e dalle Garanzie Abbinata C e D e pertanto il recesso avrà l’effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dall’intero contratto con le stesse modalità previste dal richiamato Art. 3.

Art. 10 - Validità territoriale

L’assicurazione vale per il mondo intero.

Art 11 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi al Contratto di Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 12 - Rinuncia alla rivalsa

Le Società rinunciano a favore dell’Assicurato o degli aventi diritto ad ogni azione di regresso verso gli autori o terzi responsabili dell’infortunio per le prestazioni da essa erogate in virtù del presente contratto

Art. 13 - Legislazione applicabile e rinvio alle norme di legge

Il presente Contratto di Assicurazione è regolato dalla legge italiana.

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

Art 14 - Competenza per i reclami stragiudiziali

La competenza per eventuali reclami stragiudiziali in ordine al presente Contratto di Assicurazione è dell’ISVAP - Sezione Reclami - con sede in Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA.

Norme che regolano il Contratto di Assicurazione sulla vita in generale

Art. 1 - Obblighi della Società

Gli obblighi della Società' risultano esclusivamente dalla Polizza e dagli allegati rilasciati dalla Società' stessa.

Art. 2 - Conclusione del Contratto - Entrata in vigore dell'Assicurazione

Il contratto è concluso nel giorno in cui:

- a. la Polizza, firmata dalla Società, sia stata sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato;
- b. oppure il Contraente abbia ricevuto, da parte della Società, la Polizza da essa firmata o altra comunicazione scritta del proprio assenso.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno riportato sulla Dichiarazione di Adesione - Proposta di Assicurazione sulla Vita, quale data di decorrenza, a condizione che sia stata pagata la prima rata di premio.

Art. 3 - Recesso

Fermo il disposto dell'Articolo 9 - Conseguenze dell'esercizio del diritto di recesso da parte del Contraente, delle Norme che regolano il Contratto di Assicurazione in Generale, il Contraente può recedere dall'Assicurazione dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni dalla sua conclusione, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento. Il recesso ha effetto di liberare entrambe le Parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa il premio eventualmente corrisposto dal Contraente, diminuito dell'imposta e di eventuali spese sostenute quantificate nella Dichiarazione di Adesione - Proposta di Assicurazione, dietro consegna dell'originale di Polizza e delle eventuali appendici.

Art. 4 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Decorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o dalla sua riattivazione, l'Assicurazione è incontestabile per reticenze o dichiarazioni erronee rese dal Contraente e dall'Assicurato nella Dichiarazione di Adesione - Proposta di Assicurazione e negli altri documenti, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede, e salvo la rettifica del capitale e della rendita assicurata in base all'età vera dell'Assicurato, quando quella denunciata risulti errata.



Art. 5 - Rischio di morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

È escluso dall'Assicurazione soltanto il decesso causato da:

- a. dolo del Contraente o del Beneficiario;
- b. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano: in questo caso l'Assicurazione può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle Condizioni stabilite dal competente Ministero;
- d. incidente di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- e. suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dall'eventuale riattivazione dell'Assicurazione.

In questi casi, la Società paga il solo importo della Riserva Matematica calcolato al momento del decesso, ovvero, nel caso di suicidio, il valore di riduzione, se maturato per un importo superiore.

Art. 6 - Pagamento del premio

Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite, contro quietanze emesse dalla Direzione Generale, presso la sede dell'Intermediario cui è assegnata la Polizza, o tramite altra modalità di pagamento concordata con la Società. A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio. È ammessa una dilazione di trenta giorni senza oneri di interessi.

Art. 7 - Riattivazione

Trascorsi trenta giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, negli ulteriori cinque mesi il Contraente ha diritto di riattivare l'Assicurazione, pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali. La riattivazione può pure avvenire entro un ulteriore termine massimo di due anni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, ma solo previa espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

In ogni caso di riattivazione, l'Assicurazione, che nell'intervallo rimane sospesa nei suoi effetti, entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore dal momento in cui è stato pagato l'importo dei premi arretrati e degli interessi ed il Contraente ha ritirato il relativo allegato.

Art. 8 - Risoluzione - Riduzione

Trascorso il termine di cui al precedente articolo, si determina la risoluzione dell'Assicurazione ed i premi versati restano acquisiti dalla Società. Tuttavia, se risulta pagata almeno una annualità di premio, l'Assicurazione rimane in vigore per il valore di riduzione, determinabile secondo i criteri di calcolo contenuti nelle "Condizioni Speciali". Le assicurazioni temporanee in caso di morte non hanno alcun valore di riduzione, salvo che non sia diversamente previsto dalle "Condizioni Speciali".

Art. 9 - Riscatti

La Società, su richiesta scritta del Contraente, consente, qualora sia stata pagata almeno una annualità di Premio, la risoluzione dell'Assicurazione, pagando, come prezzo di riscatto, l'importo determinabile secondo i criteri di calcolo contenuti nelle "Condizioni Speciali".

Le assicurazioni temporanee in caso di morte, le assicurazioni in caso di vita ed in caso di sopravvivenza non hanno valore di riscatto, quando non prevedano la restituzione dei Premi.

La risoluzione dell'Assicurazione ha effetto dalla data della richiesta.

Art. 10 - Cessione - Pegno - Vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di Polizza o su appendice.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di riscatto richiede l'assenso scritto del creditore o vincolatario.

Art. 11 - Beneficiario

Il Contraente designa il Beneficiario e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- a. dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- b. dopo la morte del Contraente;
- c. dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi, le operazioni di riscatto, di pegno o vincolo di Polizza richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Società o contenute in un valido testamento.

Art. 12 - Pagamento delle prestazioni

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.

È comunque necessario un documento di riconoscimento valido dell'Assicurato, che può essere consegnato sin dal momento della stipulazione del contratto, e che, in difetto, verrà richiesto con lettera raccomandata dalla Società all'Assicurato subito dopo la stipulazione. Per tutti i pagamenti la Società richiederà i seguenti documenti:

- a. originale di Polizza ed eventuali Appendici;
- b. dichiarazione sottoscritta da parte del Contraente qualora non si sia goduto della detrazione fiscale, (non richiesta in caso di pagamento conseguente a decesso dell'Assicurato).

Per i pagamenti conseguenti a decesso dell'Assicurato debbono inoltre essere consegnati:

- a. certificato di morte dell'Assicurato;
- b. relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- c. atto notorio ove si dichiari se il defunto ha lasciato o meno testamento (e quali sono gli eredi legittimi); in presenza di testamento, copia autentica dello stesso pubblicato a termini di legge;
- d. dati anagrafici / fiscali dei Beneficiari;
- e. decteto del Giudice Tutelare, nel caso di Beneficiario minorenni;
- f. ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Società.

Verificatasi la scadenza o la risoluzione del contratto, la Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, mediante assegno bancario o bonifico o altra modalità di pagamento concordata con la Società, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione.

Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso a favore dei Beneficiari. Ogni pagamento viene effettuato presso la Sede o il competente Intermediario della Società.

Art. 13 - Tasse ed imposte

Tasse ed imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari aventi diritto.

Art. 14 - Foro competente

Per le controversie relative al presente Contratto è competente il Foro di residenza o di domicilio del Consumatore.

Norme che regolano la rendita vitalizia differita a premio unico con controassicurazione e con rivalutazione annua della rendita

(Condizioni Speciali per la Garanzia Principale A - Tariffa n. 80US)

Art. 1 - Rivalutazione annuale della rendita

Ad ogni anniversario della data di decorrenza della Polizza, la rendita assicurata, in vigore nel periodo annuale precedente, verrà rivalutata nella misura e secondo le modalità contenute nella "Clausola di Rivalutazione".

La rendita sarà rivalutata con le stesse modalità anche al termine del differimento e durante il periodo del suo godimento.

Art. 2 - Determinazione della somma liquidabile in caso di morte dell'Assicurato nel corso del differimento

In caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza del contratto verrà corrisposto un capitale pari alla somma dei premi unici netti versati, detratte le spese di intermediazione, (si veda Art 5), rivalutati alla data del decesso.

La rivalutazione di ciascun premio unico netto si effettua a ogni ricorrenza annuale di polizza sulla base della misura e con le modalità stabilite nella "Clausola di Rivalutazione" e, pro-quota, sulla base dell'ultima rivalutazione dichiarata dalla Società, per il periodo intercorrente tra l'ultima ricorrenza annuale di Polizza e la data del decesso.

Art. 3 - Riduzione

Nel caso di interruzione del pagamento dei premi, sempreché sia stata corrisposta un'intera annualità di premio, la garanzia resterà in vigore con una prestazione ridotta. Il nuovo importo di rendita annua assicurata (denominato "rendita ridotta"), viene determinato sommando alle rendite già acquisite, a fronte dei premi



unici netti di riferimento interamente versati e dei premi unici netti corrisposti in unica soluzione, un importo pari alla rendita assicurata con l'ultimo Premio Unico Netto di Riferimento per il coefficiente che si ottiene dividendo per 2 o per 4 il numero delle rate di premio, rispettivamente, semestrali o trimestrali corrisposte nell'anno di sospensione del pagamento dei premi.

La nuova rendita così determinata e l'importo liquidabile in caso di decesso verranno rivalutati nella misura prevista nella "Clausola di Rivalutazione", ad ogni anniversario della data di decorrenza di Polizza, che coincida o sia successivo alla data di sospensione del pagamento dei premi.

Art. 4 - Riscatto

Su esplicita richiesta del Contraente la Polizza può essere riscattata trascorso almeno un anno dalla data della sua stipulazione, dopo il pagamento di un'intera annualità di premio e fino al termine del differimento.

Il valore di riscatto nel corso del differimento si ottiene scontando al tasso del 2,25%, per il periodo che intercorre tra la data di richiesta del riscatto e quella del termine del differimento, il capitale ridotto determinato in base a quanto previsto al successivo comma.

Il capitale ridotto si ottiene moltiplicando la rendita ridotta di cui all'Art. 3 che precede, per il coefficiente indicato nella Tabella 1, determinato in base all'età dell'Assicurato al termine del differimento ed al suo anno di nascita (Tabella 3).

Il suddetto coefficiente viene maggiorato di 10,125 per ogni 100 lire di rendita annua, tante volte quanti sono gli anni mancanti al termine del differimento computati a partire dall'anniversario della data di decorrenza della Polizza che precede la data di richiesta del riscatto, con un massimo di 50,625. Qualora l'importo ottenuto risulti superiore a quello liquidabile in caso di morte dell'Assicurato a tale data, viene liquidato immediatamente un importo uguale alla somma pagabile in

caso di morte mentre la differenza verrà liquidata al termine del periodo di differimento in caso di sopravvivenza dell'Assicurato a tale data, rivalutata annualmente in base a quanto previsto alla lettera A. della "Clausola di Rivalutazione". Il riscatto non è consentito durante il periodo di pagamento della rendita.

Il valore di riscatto al termine del differimento si ottiene moltiplicando la rendita annua, quale risulta rivalutata a tale data, per il coefficiente indicato nella Tabella 1 determinato in base all'età dell'Assicurato al termine del differimento ed al suo anno di nascita (Tabella 3).

Art 5 - Costi

I costi gravanti sul Premio Unico Netto di Riferimento relativo alla Garanzia Principale A, sono suddivisi in:

- a. spese di acquisizione e gestione del contratto: in percentuale fissa del Premio Unico Netto di Riferimento;
- b. spese di intermediazione: variabili in funzione della durata contrattuale originaria e gravanti sul Premio Unico Netto di Riferimento della prima annualità.

Art. 6 - Opzioni

Su richiesta del Contraente, da effettuarsi entro il termine del differimento, la rendita rivalutata, pagabile in caso di sopravvivenza dell'Assicurato a tale epoca, potrà essere convertita in una delle seguenti forme:

- a. in una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile in modo certo per i primi 5 o 10 anni;

oppure

- b. in una rendita annua vitalizia rivalutabile di minore importo reversibile totalmente o parzialmente a favore del sopravviveute designato.

La rendita annua vitalizia di opzione verrà rivalutata ad ogni successivo anniversario secondo le norme stabilite dalla "Clausola di Rivalutazione" per la rendita vitalizia di base.

Gli importi della rendita di cui alle forme previste ai punti a. e b. che precedono verranno comunicati a richiesta degli interessati.



Norme che regolano la temporanea in caso di morte a capitale ed a premio annuo costante

(Condizioni Speciali per la Garanzia Accessoria B - Tariffa n. 10S)

Art. 1 - Prestazione garantita

In caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento immediato del capitale assicurato. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza dell'Assicurazione questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti alla Società.

Art. 2 - Premio annuo - Interruzione del pagamento dei Premi

Il premio annuo pattuito è dovuto per tutta la durata del contratto ma non oltre l'anno di decesso dell'Assicurato.

Qualora il Contraente interrompa il pagamento dei premi nel corso della durata contrattuale, la prestazione verrà estinta, qualunque sia il numero dei premi corrisposti ed i premi versati resteranno acquisiti alla Società, senza diritto a capitale ridotto od a valore di riscatto.

Art. 3 - Riattivazione

Nel caso di sospensione del pagamento dei premi la prestazione potrà essere riattivata in base a quanto previsto dall'Art. 7 - Riattivazione, delle Norme che regolano il Contratto di Assicurazione sulla Vita in Generale.

Art. 4 - Condizioni di carenza

Premesso che l'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, l'Assicurazione viene prestata senza visita medica e pertanto rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dal perfezionamento della Polizza e la stessa sia in regola con il pagamento dei premi, la Società corrisponderà una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di accessori ed imposte.

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

La Società non applicherà, entro i primi sei mesi dal perfezionamento della Polizza, la limitazione sopra indicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a. di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della Polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b. di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della Polizza;
- c. di Infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della Polizza, fermo quanto disposto dall'Art.4 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, delle Norme che regolano il Contratto di Assicurazione sulla Vita in Generale.

Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento della Polizza e sia dovuto alla Sindrome da Immundeficienza Acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. Resta convenuto che questa limitazione si applica anche qualora la Polizza fosse emessa in sostituzione di una o più precedenti polizze.



Clausola di rivalutazione relativa alla sola Garanzia Principale A - Tariffa n. 80US

La presente Polizza fa parte di una speciale categoria di assicurazioni sulla vita alle quali la Società riconoscerà una rivalutazione annua delle prestazioni assicurate nella misura e secondo le modalità appresso indicate. A tal fine la Società gestirà, secondo quanto previsto dal Regolamento "ARMONIUM", attività di importo non inferiore alle relative Riserve Matematiche.

A. Misura della rivalutazione

La Società dichiara entro il 1° marzo di ciascun anno il rendimento annuo da attribuire agli Assicurati pari alla misura annua di rivalutazione, ottenuto moltiplicando il rendimento, di cui al punto 4. del Regolamento, per l'aliquota di partecipazione di volta in volta fissata, aliquota che comunque non deve risultare inferiore all'85%. Resta comunque stabilito che il rendimento minimo trattenuto dalla Società, risultante dalla differenza tra il rendimento percentuale della gestione "ARMONIUM" dichiarato dalla Società ed il rendimento attribuito agli Assicurati, non potrà essere inferiore all'1%.

Viene comunque garantita la misura annua minima di rivalutazione del 2%.

B. Rivalutazione della Rendita Assicurata

La rivalutazione della rendita assicurata, nella misura fissata a norma del punto A. entro il 1° marzo, sarà applicata ai contratti in pieno vigore a partire dal 1° marzo stesso, in occasione dell'anniversario della data di decorrenza del contratto e comporterà l'aumento, a totale carico della Società, della Riserva Matematica calcolata a tale anniversario.

Da tale anniversario la rendita assicurata ed il capitale liquidabile per il caso di morte durante il differimento, vengono aumentati nella stessa misura e quindi il contratto stesso si considera come sottoscritto sin dall'origine per i nuovi importi assicurati.

Segue, in particolare, che ciascuna rivalutazione viene applicata alle garanzie in essere, comprensive di quelle derivanti da precedenti rivalutazioni.

La rendita verrà rivalutata con le stesse modalità nel periodo della sua corrispondenza.

Regolamento gestione speciale “Armonium” relativo alla sola Garanzia Principale A - Tariffa n. 80US

1. Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, che viene contraddistinta con il nome ARMONIUM.
2. Nel Fondo “ARMONIUM” confluiranno le attività relative alle forme di assicurazione sulla vita che prevedono l'apposita “Clausola di Rivalutazione”, per un importo non inferiore alle corrispondenti Riserve Matematiche.
La gestione ARMONIUM è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo con la circolare n. 71 del 26/03/1987, e si atterrà ad eventuali successive disposizioni.
3. La gestione del Fondo ARMONIUM è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di Revisione iscritta nell'Albo speciale tenuto dalla Consob ai sensi dell'art. 161 del D.L. 58 del 24 febbraio 1998, la quale attesta la rispondenza del Fondo al presente Regolamento.
In particolare, sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite al Fondo, il rendimento annuo del Fondo descritto al successivo punto 4. e l'adeguatezza di ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Società sulla base delle Riserve Matematiche.
4. Il rendimento annuo del Fondo ARMONIUM, per l'esercizio relativo alla certificazione, si ottiene rapportando il risultato finanziario del Fondo di competenza di quell'esercizio al valore medio del Fondo stesso.



Il valore medio è dato dalla somma della giacenza media annua dei depositi in numerario, della consistenza media annua degli investimenti in titoli nonché della consistenza media annua di ogni altra attività del Fondo determinate in base al costo.

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

5. Ai fini della valutazione del rendimento annuo, di cui al punto precedente, l'esercizio relativo alla certificazione decorre dal 1° gennaio fino al 31 dicembre dell'anno di certificazione.
6. Per risultato finanziario del Fondo si devono intendere i proventi finanziari di competenza dell'esercizio, compresi gli utili e le perdite di realizzo, di competenza del Fondo, al lordo delle ritenute di acconto fiscali ad al netto delle spese specifiche degli investimenti e attività di certificazione.
Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel Fondo, e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nel Fondo per i beni già di proprietà della Società.
7. La Società si riserva di apportare al precedente punto 6. quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito di modifiche della vigente legislazione fiscale.

Clausola di differimento automatico di scadenza relativa alla Garanzia Principale A - Tariffa n. 80US

Art. 1 - Differimento automatico di scadenza

Il Contraente prima della scadenza del contratto può richiedere che l'inizio del godimento della rendita annua assicurata alla predetta scadenza venga automaticamente differito di anno in anno, senza ulteriore pagamento di premi, con la facoltà di richiedere l'interruzione del differimento in qualsiasi momento, in base alle seguenti modalità:

- a. conversione della rendita annua assicurata a scadenza in un capitale determinato moltiplicando la rendita annua assicurata stessa per il coefficiente indicato nella Tabella 1 in funzione dell'età dell'Assicurato alla scadenza, al sesso ed all'anno di nascita (Tabella 3). Il capitale, come sopra determinato, viene, ad ogni anniversario successivo alla data di scadenza, incrementato applicando, durante il periodo di differimento, al Capitale assicurato all'anniversario precedente le condizioni previste dalla "Clausola di Rivalutazione".
- b. riconversione, alla richiesta di interruzione del differimento, del capitale come sopra rivalutato in una rendita annua vitalizia pagabile in rate semestrali posticipate determinata in base all'età raggiunta dall'Assicurato stesso al momento della richiesta di interruzione, al sesso ed all'anno di nascita (Tabella 3).
In particolare la rendita vitalizia annua di opzione del Capitale rivalutato si otterrà moltiplicando l'importo del Capitale rivalutato per il coefficiente riportato nella tabella 2 e dividendo il prodotto per 1.000 (mille).

Il Contraente può interrompere, in qualsiasi momento, il differimento automatico della scadenza della Polizza e risolvere il contratto riscuotendo un importo pari al capitale di opzione maturato, a norma del punto a. di cui sopra, all'ultimo anniversario che precede la data di risoluzione e rivalutato pro-rata temporis per il periodo intercorrente fra l'ultimo anniversario e la data di richiesta dell'interruzione, oppure richiedendo l'erogazione della rendita a favore del Beneficiario.

Qualora durante il periodo di differimento automatico intervenga il decesso dell'Assicurato, la Società corrisponderà agli aventi diritto un importo pari a quello che sarebbe liquidabile a norma del punto a. di cui sopra, all'ultimo anniversario che precede la data di decesso dell'Assicurato e successivamente rivalutato come indicato al capoverso precedente.



Norme che regolano il contratto di assicurazione per le conseguenze di malattia od infortunio in generale

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta le garanzie nei termini di cui alla presente Polizza sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato e risultanti dalla Dichiarazione di Adesione - Proposta di Assicurazione.

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

Art. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del C.C..

Art. 3 - Pagamento del premio

Fermo il disposto dell'Art. 3 - Decorrenza dell'Assicurazione - Termini di aspettativa, delle Norme che regolano la Garanzia Abbinata C e dell'Articolo 2 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa, delle Norme che regolano la Garanzia Abbinata D, l'Assicurazione ha effetto:

- a. dalle ore 24 del giorno di ricevimento della Lettera di Conferma trasmessa dalla Società, per l'Assicurazione dell'Invalidità totale e permanente conseguente ad Infortunio e per l'Assicurazione dell'Indennità giornaliera per Ricoveri da Infortunio;
- b. dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo alla data di ricevimento della Lettera di Conferma trasmessa dalla Società, per l'Assicurazione dell'Invalidità totale e permanente conseguente a Malattia e per l'Assicurazione dell'Indennità giornaliera per Ricoveri da Malattia.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive alla prima, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C..

Art. 4 - Modifiche del contratto

Le eventuali modifiche del contratto devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Attività diverse da quelle dichiarate in Polizza

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riguardo al cambiamento delle attività professionali dichiarate o delle relative condizioni in cui esse si esercitano.

La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, come previsto dall'art. 1898 C.C..

Art. 6 - Limite di età dell'Assicurato

Se la Società non è a conoscenza dell'età dell'Assicurato, per mancata indicazione della medesima in Polizza o in eventuali atti di variazione successivi, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del sessantacinquesimo anno di età dell'Assicurato.

L'eventuale incasso dei premi scaduti successivamente, da parte della Società, dà diritto all'Assicurato di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.



Norme che regolano l'assicurazione dell'invalidità totale e permanente conseguente a malattia od infortunio

(Condizioni Speciali per la Garanzia Abbinata C)

Art. 1 - Oggetto dell'Assicurazione

La Società si obbliga a liquidare all'Assicurato, in caso di Invalidità Totale e Permanente conseguente a Malattia insorta o Infortunio subito successivamente alla data di effetto dell'Assicurazione stessa e denunciata, a parziale deroga dell'Articolo 6 - Denuncia dell'invalidità ed obblighi relativi, non oltre un anno dalla sua cessazione, il capitale assicurato per tale Garanzia.

Art. 2 - Invalidità Totale e Permanente

Per Invalidità Totale e Permanente deve intendersi la perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato della capacità all'esercizio di una qualsiasi professione o mestiere, purché tale Invalidità Totale e Permanente sia conseguenza di una Malattia o di un Infortunio oggettivamente accertabili e constatabili e sia almeno pari o superiore al 66%.

La percentuale per la Invalidità Totale e Permanente conseguente a Malattia viene accertata non prima che sia decorso un anno dalla denuncia della malattia stessa.

Art. 3 - Decorrenza dell'assicurazione - Termini di aspettativa

Limitatamente all'ipotesi di Invalidità Totale e Permanente conseguente a Malattia, l'Assicurazione ha effetto a partire dalle ore 24 del sessantesimo giorno successivo a quello in cui, ai sensi dell'Articolo 3 - Pagamento del Premio delle Norme che regolano il Contratto di Assicurazione per le Conseguenze di Malattia od Infortunio in Generale, ha effetto l'Assicurazione.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza riguardante lo stesso Assicurato, il termine di aspettativa di cui sopra opera:

- dal giorno in cui aveva effetto la Polizza sostituita, per le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente Assicurazione, limitatamente alle maggiori e diverse somme da essa previste. La norma di cui al precedente capoverso vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 4 - Esclusioni - Casi di inassicurabilità - Delimitazioni

Sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità Totali e Permanenti derivanti direttamente o indirettamente:

- a. da malattie che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- b. da intossicazioni per abuso di alcolici od uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti od allucinogeni;
- c. da reati dolosi commessi dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volutamente compiuti o consentiti;
- d. da malattie mentali e da nevrosi;
- e. da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- f. da sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- g. dalle conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, o di accelerazioni di particelle atomiche



- (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- h. dalle conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
 - i. dall'uso e guida di mezzi subacquei;
 - l. dalla guida di mezzi di locomozione in stato di ubriachezza;
 - m. da partecipazione, anche a titolo dilettantistico, a sport aerei in genere (compreso l'uso di deltaplani o ultraleggeri), paracadutismo, salto dal trampolino con gli sci, alpinismo con scalata di rocce od accesso ai ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta;
 - n. da partecipazione a competizioni sportive agonistiche a carattere professionale di qualsiasi sport.

Art. 5 - Cessazione dell'Assicurazione

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o positività al test H.I.V., emofilia di tipo classico o stati emofiliaci di qualsiasi tipo, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, diabete che comporti dipendenza da insulina, costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

Art. 6 - Denuncia dell'invalidità ed obblighi relativi

In caso di Malattia od Infortunio, l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso, corredato da certificazione medica, con lettera raccomandata alla Società entro 60

giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la Malattia o l'Infortunio, per le loro caratteristiche e presumibili conseguenze, possano determinare una Invalidità Totale e Permanente. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 C.C..

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

Art. 7 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della Malattia o dell'Infortunio.

Se antecedentemente all'insorgere della Malattia o al verificarsi dell'Infortunio l'Assicurato non era fisicamente integro e sano, ai fini dell'accertamento dell'effettivo grado di invalidità permanente sopravvenuta, vanno considerate soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la Malattia o l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Ai medesimi fini, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la percentuale di invalidità permanente accertata va diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 8 - Controversie - Arbitrato irrituale

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze invalidanti del sinistro, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Articolo 7 - Criteri di indennizzabilità, che precede, è demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine



dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Art. 9 - Diritto all'indennità

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 10 - Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro i 30 giorni successivi. L'indennità verrà corrisposta in Italia in valuta italiana.

Norme che regolano l'assicurazione per l'indennità giornaliera per ricoveri da malattia o da infortunio

(Condizioni Speciali per la Garanzia Abbinata D)

ART. 1 - Oggetto dell'assicurazione

La presente Assicurazione vale per i casi di Ricovero in Istituto di Cura che sia stato reso necessario da Malattia o da Infortunio, anche dovuto a colpa grave dell'Assicurato, e che abbia comportato o meno intervento chirurgico; in tali casi la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennità giornaliera convenuta per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 100 giorni per anno assicurativo.

Art. 2 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- per gli Infortuni e per le Malattie: dal momento in cui, ai sensi dell'Articolo 3 - Pagamento del premio delle Norme che regolano il Contratto di Assicurazione per le Conseguenze di Malattia od Infortunio in Generale, ha effetto l'Assicurazione;
- per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione: dal 150° giorno successivo a quello in cui ai sensi dell'Articolo 3 - Pagamento del premio delle Norme che regolano il Contratto di Assicurazione per le Conseguenze di Malattia od Infortunio in generale, ha effetto l'Assicurazione.



Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la Polizza sostituita, per le prestazioni, le somme e/o indennità da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente Assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e/o indennità e alle diverse prestazioni da essa previste.

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

Art. 3 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a. le conseguenze dirette di Infortuni, le Malattie, le malformazioni e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipula della Polizza;
- b. l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
- c. le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d. gli Infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato;
- e. gli Infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti od allucinogeni e simili;
- f. la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- g. l'aborto volontario spontaneo, terapeutico o post-traumatico;
- h. il parto e le malattie dipendenti direttamente da gravidanza o puerperio;
- i. le prestazioni aventi finalità estetiche;
- l. le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da Infortunio;
- m. le conseguenze dirette o indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- n. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Art. 4 - Cessazione dell'Assicurazione

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o positività al test HIV, emofilia di tipo classico o stati emofiliaci di qualsiasi tipo, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, diabete che comporti dipendenza da insulina costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

Art. 5 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso, corredato da certificazione medica, con lettera raccomandata alla Direzione della Società, il più presto possibile e comunque entro dieci giorni da quando ne è venuto a conoscenza o da quando ne ha avuto la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 C.C..

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

Art. 6 - Criteri di liquidazione

Il pagamento dell'indennizzo spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione di una dichiarazione rilasciata dall'Istituto di Cura attestante la durata del ricovero.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e delle dimissioni.

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida le indennità che risultino dovute, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede entro trenta giorni successivi al pagamento.

Art. 7 - Controversie - Arbitrato irrituale

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro è demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.



TABELLA 1

ASSICURAZIONE DI RENDITA VITALIZIA DIFFERITA

(riscatto al termine del differimento per L. 1 di rendita annua)

FRAZIONAMENTO DELLA RENDITA: SEMESTRALE

ETÀ	MASCHI	FEMMINE
26	56,167774	61,664339
27	55,195024	60,664596
28	54,222196	59,665256
29	53,249163	58,666301
30	52,275857	57,667712
31	51,302100	56,669522
32	50,327780	55,671880
33	49,352837	54,674817
34	48,377224	53,678414
35	47,401030	52,682798
36	46,423964	51,688142
37	45,446126	50,694658
38	44,468199	49,702444
39	43,491013	48,711684
40	42,515550	47,722354
41	41,542133	46,734573
42	40,570969	45,748589
43	39,602403	44,764490
44	38,636829	43,782445
45	37,674642	42,802599
46	36,716379	41,825174
47	35,762382	40,850410
48	34,811250	39,877162
49	33,861381	38,904108
50	32,912519	37,930962
51	31,964983	36,957795
52	31,019215	35,984593
53	30,075636	35,011417
54	29,134791	34,038385
55	28,197244	33,065505
56	27,264515	32,092934
57	26,337417	31,120689
58	25,415875	30,148996
59	24,499168	29,178081
60	23,585749	28,207995
61	22,677474	27,239650
62	21,775502	26,273250
63	20,880466	25,309117
64	19,993200	24,347665
65	19,114394	23,389357
66	18,244748	22,434664
67	17,384996	21,484111
68	16,536093	20,537805
69	15,699230	19,596215
70	14,875632	18,660091
71	14,066591	17,730451
72	13,273471	16,808522
73	12,497756	15,895556
74	11,741099	14,993029
75	11,005082	14,102584
76	10,292065	13,226016
77	9,603609	12,365435
78	8,940126	11,522947
79	8,301549	10,700566
80	7,687285	9,900205

TABELLA 2

ASSICURAZIONE DI RENDITA VITALIZIA DIFFERITA

RICONVERSIONE IN RENDITA DEL CAPITALE D'OPZIONE DIFFERITO AUTOMATICAMENTE

(tassi di opzione per L. 1.000 di capitale)

FRAZIONAMENTO DELLA RENDITA: SEMESTRALE

ETÀ (*)	MASCHI	FEMMINE	ETÀ (*)	MASCHI	FEMMINE
27	18,12	16,48	55	35,46	30,24
28	18,44	16,76	56	36,68	31,16
29	18,78	17,05	57	37,97	32,13
30	19,13	17,34	58	39,35	33,17
31	19,49	17,65	59	40,82	34,27
32	19,87	17,96	60	42,40	35,45
33	20,26	18,29	61	44,10	36,71
34	20,67	18,63	62	45,92	38,06
35	21,10	18,98	63	47,89	39,51
36	21,54	19,35	64	50,02	41,07
37	22,00	19,73	65	52,32	42,75
38	22,49	20,12	66	54,81	44,57
39	22,99	20,53	67	57,52	46,55
40	23,52	20,95	68	60,47	48,69
41	24,07	21,40	69	63,70	51,03
42	24,65	21,86	70	67,22	53,59
43	25,25	22,34	71	71,09	56,40
44	25,88	22,84	72	75,34	59,49
45	26,54	23,36	73	80,01	62,91
46	27,24	23,91	74	85,17	66,70
47	27,96	24,48	75	90,87	70,91
48	28,73	25,08	76	97,16	75,61
49	29,53	25,70	77	104,13	80,87
50	30,38	26,36	78	111,86	86,78
51	31,28	27,06	79	120,46	93,45
52	32,24	27,79	80	130,08	101,01
53	33,25	28,56	81	140,88	109,60
54	34,32	29,38			

(*) Età dell'Assicurato al termine del differimento automatico.

TABELLA 3

SCALA DI RINGIOVANIMENTO/INVECCHIAMENTO IN FUNZIONE DELL'ANNO DI NASCITA DA APPLICARE ALLE TABELLE 1 E 2

MASCHI		FEMMINE	
Generazione dei nati	Correzione dell'età	Generazione dei nati	Correzione dell'età
Fino al 1941	+1	Fino al 1943	+1
Dal 1942 al 1951	0	Dal 1944 al 1950	0
Dal 1952 al 1965	-1	Dal 1951 al 1964	-1
Oltre il 1966	-2	Oltre il 1965	-2





B.P.B. ASSICURAZIONI S.p.A. - Sede e direzione generale: 20149 MILANO - Piazzale Fratelli Zavattari, 12 - Tel. 02 49980.1 ric. aut. Fax 02 49980498 - Capitale Sociale Lit. 27.500.000.000 interamente versato - Tribunale di Milano 249029 / 6562 / 29 C.C.I.A.A. Milano 1193227 - Cod. Fisc. e Part. IVA 07951160154 - Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13-2-1987 (Gazzetta Ufficiale del 16-3-1987 n. 62)



B.P.B. ASSICURAZIONI VITA S.p.A. - Sede e direzione generale: 20149 MILANO - Piazzale Fratelli Zavattari, 12 - Tel. 02 49980.1 ric. aut. Fax 02 49980498 - Capitale Sociale Lit. 30.000.000.000 interamente versato - Tribunale di Milano 273702 / 7056 / 2 C.C.I.A.A. Milano 1254313 - Cod. Fisc. e Part. IVA 08869370158 - Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sulla vita e delle operazioni di capitalizzazione con decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27-12-1988 (Gazzetta Ufficiale del 4-1-1989 n. 3)