

Data ultimo aggiornamento: 01/04/2019

Art. 1 Prestazioni assicurate

Con la presente assicurazione collettiva, in relazione a ciascuna posizione individuale in essa presente, la Società si impegna a corrispondere, ai Beneficiari designati a norma della Convenzione, una rendita annua vitalizia immediata erogabile in via posticipata nella rateazione pattuita ai sensi della Convenzione stessa.

A seconda dell'opzione esercitata dal Contraente, con le modalità previste in Convenzione, per ciascuna posizione individuale presente in assicurazione, la prestazione viene corrisposta in una delle seguenti forme:

Opzione A: rendita annua erogabile finché l'Assicurato è in vita (Tariffa **57V62IS0**);

Opzione B: rendita annua erogabile finché l'Assicurato è in vita, ovvero fino al quinto anniversario della decorrenza della posizione individuale se si verifica il decesso dell'Assicurato prima di tale anniversario (Tariffa **57562IS0**);

Opzione C: rendita annua erogabile finché l'Assicurato è in vita, ovvero fino al decimo anniversario della decorrenza della posizione individuale se si verifica il decesso dell'Assicurato prima di tale anniversario (Tariffa **571062IS0**);

Opzione D: rendita annua erogabile finché l'Assicurato è in vita e successivamente, nella percentuale di reversibilità prestabilita a norma della Convenzione, finché la persona preventivamente designata nella scheda di Polizza quale secondo Assicurato è in vita (Tariffa **59R62IS0**);

Opzione E: rendita annua erogabile finché l'Assicurato è in vita e, al suo decesso, il pagamento di un capitale pari alla differenza – se positiva – fra i seguenti due importi (Tariffa **57C62IS0**):

- il premio versato dal Contraente per la posizione individuale,
- la rata di rendita iniziale moltiplicata per il numero delle rate già scadute.

Le rate di rendita dovute sono quelle che scadono prima della data di decesso dell'Assicurato (o del secondo Assicurato, con l'Opzione D), fermo restando il periodo minimo di corresponsione previsto con le Opzioni B e C. Viene corrisposto anche il rateo di rendita maturato al momento del decesso dell'Assicurato, relativo al tempo trascorso dall'ultima scadenza di rata precedente il decesso o, se non è ancora scaduta la prima rata di rendita, dalla decorrenza della posizione individuale.

L'opzione esercitata per ogni posizione individuale, la corrispondente rendita annua inizialmente assicurata e la sua rateazione risultano esclusivamente dalla scheda di Polizza emessa dalla Società a fronte del premio versato.

La rendita annua assicurata si rivaluta annualmente, come stabilito all'art. 5, e **non è riscattabile**.

Il capitale assicurato in caso di morte con l'Opzione E non è soggetto a rivalutazione.

Art. 2 Premio

Il premio unico, determinato con le modalità stabilite in Convenzione e indicato nella relativa scheda di Polizza, è dovuto dal Contraente per intero in unica soluzione alla data di decorrenza della posizione individuale (data di scadenza del premio) indicata nella scheda di Polizza stessa.

Fermo restando che le parti possono stabilire nella Convenzione modalità specifiche per il pagamento del premio, **ogni versamento deve essere intestato o girato alla Società oppure al competente intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità, e può essere corrisposto, a scelta del Contraente, con una delle seguenti modalità:**

- assegno bancario, postale o circolare non trasferibile;
- bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) su conto corrente bancario o postale, altri mezzi di pagamento bancario o postale oppure, ove previsti, sistemi di pagamento elettronico. In tali casi la data di versamento del premio coincide con la data di valuta del relativo accredito riconosciuta alla Società o all'intermediario incaricato.

Il pagamento di un premio di importo superiore a Euro 500.000,00 può avvenire esclusivamente tramite bonifico SCT sul conto corrente che sarà appositamente indicato dalla Società.

È comunque fatto divieto all'intermediario incaricato di ricevere denaro contante a titolo di pagamento del premio.

Art. 3 Ingresso e permanenza nell'assicurazione, entrata in vigore delle garanzie

All'ingresso in assicurazione della posizione individuale, **a condizione che venga emessa dalla Società la relativa scheda di Polizza** e che sia stato pagato il premio unico, le garanzie entrano in vigore alle ore 24 della data di decorrenza (decorrenza) indicata nella scheda stessa.

Nel caso in cui il versamento del premio unico sia successivo alla data di decorrenza, le garanzie entrano in vigore alle ore 24 della data di versamento.

Art. 4 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

L'inesatta o incompleta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle rate di rendita dovute e di quelle eventualmente già corrisposte.

Art. 5 Modalità di rivalutazione delle prestazioni

L'assicurazione è collegata al rendimento della Gestione separata "FONDICOLL UnipolSai" il cui Regolamento è allegato e parte integrante del presente contratto. Come stabilito dal Regolamento, la Società determina mensilmente il tasso medio di rendimento della Gestione separata realizzato su un periodo di osservazione di 12 mesi.

Il tasso medio di rendimento così determinato costituisce la base di calcolo per la rivalutazione da applicare alle posizioni individuali con data di rivalutazione che cade nel terzo mese successivo al termine del periodo di osservazione considerato.

- a) **Rendimento attribuito** - Il rendimento annuo da attribuire alla posizione individuale è uguale al tasso medio di rendimento della Gestione separata diminuito di una commissione annua pari a 1,5 punti percentuali.
- b) **Misura di rivalutazione** - La misura annua di rivalutazione è pari al rendimento annuo attribuito, di cui al precedente punto a), e non può essere negativa.
- c) **Rivalutazione della rendita assicurata** - Ad ogni anniversario della decorrenza della posizione individuale (data della rivalutazione annuale), la rendita da corrispondere nell'anno seguente viene rivalutata in regime di capitalizzazione composta della misura annua di rivalutazione definita al precedente punto b).

Art. 6 Pagamenti della Società

Tutti i pagamenti della Società in esecuzione del contratto vengono effettuati presso il domicilio della stessa o quello del competente intermediario incaricato, contro rilascio di regolare quietanza da parte degli aventi diritto, oppure mediante accredito sul conto corrente bancario dell'avente diritto.

I pagamenti vengono effettuati previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione necessaria – fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità – secondo quanto previsto nell'Allegato A in relazione alla causa del pagamento ivi indicata.

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita

Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna

specificando gli elementi identificativi del contratto.

Qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzia situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa antiriciclaggio, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma corrispondente viene messa a disposizione degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso, purché a tale data la Società abbia ricevuto tutta la documentazione necessaria; in caso contrario, la somma viene messa a disposizione entro 30 giorni dal ricevimento da parte della Società della suddetta documentazione completa. Decorso il termine di 30 giorni previsto per i pagamenti della Società ed a partire dal suddetto termine di 30 giorni, sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto, calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice, al tasso annuo pari al saggio legale tempo per tempo in vigore, anche agli eventuali fini ed effetti di cui all'art. 1224, 2° co., c.c..

Art. 7 *Legge applicabile*

Per tutto quanto non disciplinato dal contratto valgono le norme della legge italiana.

Art. 8 *Foro competente*

Per le controversie relative al contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo in cui il Contraente ha la residenza o il domicilio.

Art. 9 *Tasse e imposte*

Le tasse e le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

ALLEGATO A

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO

<p>RENDITA ANNUA VITALIZIA IMMEDIATA (opzione A)</p>	<p>Una volta l'anno su richiesta della Società:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento valido comprovante l'esistenza in vita dell'Assicurato o autocertificazione corredata da copia di un documento d'identità in corso di validità del medesimo.
<p>RENDITA ANNUA VITALIZIA IMMEDIATA CON 5 O 10 ANNUALITÀ CERTE (opzioni B e C)</p>	<p>Una volta l'anno su richiesta della Società:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento valido comprovante l'esistenza in vita dell'Assicurato o autocertificazione corredata da copia di un documento d'identità in corso di validità del medesimo. <p>Inoltre, se si verifica il decesso dell'Assicurato rispettivamente prima del quinto o del decimo anniversario della decorrenza della posizione individuale, richiesta di pagamento degli aventi diritto completa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificato di morte dell'Assicurato. • Copia di un documento di identità in corso di validità dell'avente diritto designato. • Codice fiscale dell'avente diritto designato • Originale o copia conforme all'originale della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (ottenibile presso gli uffici del Comune di residenza ovvero presso un Notaio) dal quale risulti se è stato redatto o meno testamento e se quest'ultimo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato. Se sul contratto risultano indicati, quali aventi diritto, gli eredi legittimi dell'Assicurato, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà riportare l'elenco di tutti gli eredi legittimi dell'Assicurato, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, del loro rapporto di parentela, nonché dell'eventuale stato di gravidanza della vedova. Nel caso che, quali aventi diritto, siano designati in via generica soggetti diversi dagli eredi legittimi, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà indicare i dati anagrafici degli aventi diritto medesimi. • Documento rilasciato dall'autorità competente ed eventuale chiosa istruttoria da cui si desumano le precise circostanze del decesso, in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio). • Originale del decreto del Giudice Tutelare, se fra gli aventi diritto vi sono minori od incapaci, che autorizzi l'Esercente la potestà parentale od il Tutore alla riscossione della somma spettante ai minori od agli incapaci, indicando anche le modalità per il reimpiego di tale somma ed esonerando la Società da ogni responsabilità al riguardo.

<p>RENDITA ANNUA VITALIZIA IMMEDIATA REVERSIBILE (opzione D)</p>	<p>Una volta l'anno su richiesta della Società:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento valido comprovante l'esistenza in vita dell'Assicurato o del secondo Assicurato se si è verificato il decesso del primo Assicurato o autocertificazione corredata da copia di un documento d'identità in corso di validità del medesimo. <p>Inoltre, se si è verificato il decesso del primo Assicurato, richiesta di pagamento degli aventi diritto completa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificato di morte del primo Assicurato.
<p>RENDITA ANNUA VITALIZIA IMMEDIATA CON CONTRASSICURAZIONE DECRESCENTE (Opzione E)</p>	<p>Una volta l'anno su richiesta della Società:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento valido comprovante l'esistenza in vita dell'Assicurato o autocertificazione corredata da copia di un documento d'identità in corso di validità del medesimo. <p>Inoltre, se si verifica il decesso dell'Assicurato, richiesta di pagamento degli aventi diritto completa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificato di morte dell'Assicurato • Copia di un documento di identità in corso di validità dell'avente diritto alla prestazione per il caso di morte dell'Assicurato • Codice fiscale dell'avente diritto designato • Originale o copia conforme all'originale della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (ottenibile presso gli uffici del Comune di residenza ovvero presso un Notaio) dal quale risulti se è stato redatto o meno testamento e se quest'ultimo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato. Se sul contratto risultano indicati, quali aventi diritto, gli eredi legittimi dell'Assicurato, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà riportare l'elenco di tutti gli eredi legittimi dell'Assicurato, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, del loro rapporto di parentela, nonché dell'eventuale stato di gravidanza della vedova. Nel caso che, quali aventi diritto, siano designati in via generica soggetti diversi dagli eredi legittimi, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà indicare i dati anagrafici degli aventi diritto medesimi. • Documento rilasciato dall'autorità competente ed eventuale chiosa istruttoria da cui si desumano le precise circostanze del decesso, in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio). • Originale del decreto del Giudice Tutelare, se fra gli aventi diritto vi sono minori od incapaci, che autorizzi l'Esercente la potestà parentale od il Tutore alla riscossione della somma spettante ai minori od agli incapaci, indicando anche le modalità per il reimpiego di tale somma ed esonerando la Società da ogni responsabilità al riguardo.
<p>I pagamenti vengono effettuati previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione sopra elencata in relazione alla causa del pagamento, fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità. Qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzia situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa antiriciclaggio, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.</p>	

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA "FONDICOLL UnipolSai"

Art. 1

Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, contraddistinta con il nome "FONDICOLL UnipolSai" (di seguito la "Gestione separata") e disciplinata dal presente regolamento redatto ai sensi del Regolamento Isvap del 3 Giugno 2011, n. 38 e successive modifiche.

Il regolamento della Gestione separata è parte integrante delle condizioni contrattuali.

Art. 2

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

Art. 3

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

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

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

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

- Investimenti obbligazionari: titoli governativi, titoli corporate e quote di OICR obbligazionari conformi alla normativa UCITS. Le scelte di investimento di natura obbligazionaria sono effettuate in coerenza con la struttura dei passivi e, a livello di singoli emittenti, in funzione della redditività e del rispettivo merito di credito;
- Investimenti monetari: depositi bancari, pronti contro termine e quote di OICR monetari conformi alla normativa UCITS;
- Investimenti azionari: strumenti finanziari quotati nei mercati regolamentati e quote di OICR azionari conformi alla normativa UCITS;
- Investimenti immobiliari: beni immobili, azioni di società immobiliari e Fondi immobiliari;
- Investimenti in altri strumenti finanziari: Fondi di Investimento Alternativi ("FIA"), *Hedge Fund* UCITS e quote di OICR non conformi alla normativa UCITS.

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

Al fine di contenere l'esposizione al rischio mercato, nelle sue diverse configurazioni, vengono definiti i seguenti limiti quantitativi:

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

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

Al fine di contenere il rischio di concentrazione, titoli corporate emessi da uno stesso emittente o da società facenti parte di un medesimo Gruppo sono ammessi per un ammontare massimo pari al 5% del portafoglio obbligazionario. Con riferimento alla componente azionaria del portafoglio si precisa che gli investimenti in titoli azionari non quotati non potranno essere presenti per una percentuale superiore al 10% del portafoglio.

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

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

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

- OICR: fino ad un massimo del 5%;
- Obbligazioni: fino ad un massimo del 2%;
- Partecipazioni in società immobiliari nelle quali la Società detenga più del 50% del capitale sociale: fino ad un massimo del 2%.

Art. 4

Il tasso medio di rendimento viene determinato e certificato in relazione all'esercizio annuale della Gestione separata che decorre relativamente al periodo di osservazione, dal 1° ottobre di ciascun anno fino al successivo 30 settembre. Il tasso medio di rendimento della Gestione separata per l'esercizio relativo alla certificazione si ottiene rapportando il risultato finanziario della Gestione separata di competenza del suddetto periodo di osservazione, alla giacenza media delle attività della Gestione separata stessa.

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

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

Art. 4bis

Inoltre, all'inizio di ogni mese viene determinato il tasso medio di rendimento della Gestione separata realizzato nel periodo di osservazione costituito dai dodici mesi immediatamente precedenti. Il tasso medio di rendimento realizzato nel periodo di osservazione coincidente con l'esercizio relativo alla certificazione, è quello stesso determinato ai sensi del precedente Art.4. Il tasso medio di rendimento realizzato in ciascuno degli altri periodi si determina con le medesime modalità, rapportando il risultato finanziario della Gestione separata di competenza del periodo considerato, alla giacenza media delle attività della Gestione separata stessa.

Art. 5

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

Art. 6

Sulla Gestione separata gravano unicamente le spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della Gestione separata. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.

Art. 7

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

Art. 8

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

Art. 9

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

La Società si riserva di coinvolgere la Gestione separata in operazioni di scissione o fusione con altre Gestioni separate della Società stessa. Almeno 60 giorni prima della data stabilita per l'operazione di scissione o di fusione, la Società ne dà preavviso ai Contraenti fornendo i dettagli dell'operazione stessa.

GLOSSARIO

Appendice (contrattuale): Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne o integrarne alcuni aspetti, in base a quanto concordato tra la Società e il Contraente.

Assicurato: Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita. Può coincidere con il Contraente e/o con il Beneficiario.

Assicurazione: Vedi "Contratto di assicurazione sulla vita".

Beneficiario: Persona fisica o giuridica, designata dal Contraente, che riceve la prestazione contrattuale quando si verifica l'evento previsto. Può coincidere con il Contraente stesso e/o con l'Assicurato.

Carenza: Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci o hanno efficacia limitata. Se l'evento oggetto del contratto avviene in tale periodo, la Società non corrisponde la prestazione assicurata o corrisponde una somma inferiore.

Caricamenti: Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi sostenuti dalla Società.

Collettiva: Contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione operante in applicazione di un'apposita Convenzione che il Contraente stipula con la Società per i componenti di una collettività omogenea di individui, ciascuno dei quali potrà essere inserito nell'operazione con una propria posizione individuale (esempio: il datore di lavoro che stipula l'assicurazione collettiva per i propri dipendenti).

Conflitto di interessi: Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può risultare in contrasto con quello del Contraente.

Contraenti Collegati: Soggetti che si trovano in rapporto di controllo o di collegamento (ai sensi dell'art. 2359 c.c.) o in rapporto di parentela (familiari stretti) con il Contraente di una polizza rivalutabile collegata ad una Gestione separata e che siano a loro volta Contraenti di polizze rivalutabili collegate alla medesima Gestione separata. Per familiari stretti del Contraente si intendono i/il figli/o; il coniuge non legalmente separato o il convivente del Contraente, nonché i figli dei medesimi; le persone a carico del Contraente o del coniuge non legalmente separato o del convivente del Contraente.

Consolidamento: Meccanismo in base al quale vengono definitivamente acquisiti, con la periodicità stabilita, il rendimento attribuito al contratto e, quindi, la maggiorazione delle prestazioni conseguente alla rivalutazione.

Contraente: Persona fisica o giuridica che stipula il contratto con la Società e si impegna al versamento dei premi. Può coincidere con l'Assicurato e/o con il Beneficiario.

Contratto di assicurazione sulla vita: Contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Contratto rivalutabile: Contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione caratterizzato da un meccanismo di accrescimento delle prestazioni derivante dalla partecipazione al rendimento di una gestione separata.

Controassicurazione: Clausola contrattuale che, in caso di decesso dell'Assicurato, prevede il pagamento di una somma commisurata ai premi pagati.

Convenzione: Contratto che il Contraente stipula con la Società per concludere assicurazioni sulla vita o capitalizzazioni in forma di collettiva.

Detraibilità fiscale (del premio versato): Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che, secondo la normativa vigente, può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.

Garanzia (Assicurazione) complementare o accessoria: Garanzia di rischio abbinata obbligatoriamente o facoltativamente alla garanzia principale.

Garanzia (Assicurazione) di rischio: Garanzia finalizzata alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato (ad esempio il decesso o l'invalidità), che prevede il pagamento della prestazione esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

Gestione separata: Fondo appositamente creato per i contratti a prestazioni rivalutabili, gestito separatamente rispetto al complesso delle altre attività della Società. La rivalutazione delle prestazioni dipende dal rendimento ottenuto dalla gestione separata.

Imposta sostitutiva: Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche. Gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono essere indicati nella dichiarazione dei redditi.

Intermediario incaricato: Soggetto (persona fisica o giuridica) iscritto nel Registro Unico elettronico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, incaricato dalla Società della presentazione e proposizione dei propri prodotti assicurativi e di capitalizzazione, nonché, se previsto dall'incarico, della conclusione e gestione dei relativi contratti.

IVASS o ISVAP: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nel settore assicurativo sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. A far data dal 1° gennaio 2013 l'IVASS è

succeduto in tutti i poteri, competenze e funzioni di vigilanza precedentemente affidati all'ISVAP.

Opzione: Clausola contrattuale secondo cui il Contraente può scegliere che la prestazione sia corrisposta in forma diversa da quella originariamente prevista. Ad esempio: l'opportunità di scegliere che il capitale sia convertito in una rendita vitalizia o, viceversa, di chiedere che la rendita vitalizia sia convertita in un capitale da pagare in unica soluzione.

Perfezionamento del contratto: Momento in cui avviene il pagamento del primo premio pattuito.

Polizza: Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione o di capitalizzazione.

Premio: Importo che il Contraente si impegna a corrispondere alla Società - in unica soluzione o secondo un piano di versamenti prestabilito - quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione o di capitalizzazione.

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

Prestazione: Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario al verificarsi dell'evento previsto dal contratto.

Progetto personalizzato: Esemplicazioni dello sviluppo dei premi, delle prestazioni, dei valori di riduzione e di riscatto, elaborate in base a rendimenti finanziari ipotetici e secondo schemi stabiliti dall'ISVAP.

Proposta: Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto in base alle caratteristiche ed alle condizioni prestabilite.

Quietanza: Documento che prova l'avvenuto pagamento (esempio: quietanza di premio rilasciata dalla Società al Contraente a fronte del versamento del premio; quietanza di liquidazione rilasciata dal Beneficiario alla Società a fronte del pagamento della prestazione).

Riattivazione: Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni contrattuali, il versamento dei premi dopo una sospensione del loro pagamento. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Riserva matematica: Importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli impegni assunti contrattualmente. La legge impone particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui viene investita.

Rivalutazione: Maggiorazione delle prestazioni, con la periodicità prestabilita, derivante dall'attribuzione di una quota del rendimento della gestione separata.

Scheda contrattuale (di polizza): Documento in cui vengono riportati i dati identificativi del Contraente, dell'Assicurato e del Beneficiario e dove sono indicati gli elementi che caratterizzano il contratto (il tipo, gli importi delle prestazioni, il premio, ecc.).

Sinistro: Verificarsi dell'evento di rischio oggetto del contratto (ad esempio il decesso dell'Assicurato), per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

Soprapremio: Maggiorazione di premio richiesta dalla Società per le assicurazioni con garanzie di rischio, nel caso in cui l'Assicurato superi i normali livelli di rischio, in relazione alle proprie condizioni di salute (soprapremio sanitario) o in relazione alle attività professionali o sportive svolte (soprapremio professionale o sportivo).

Sostituzione (Trasformazione): Modifica richiesta dal Contraente, riguardante alcuni elementi del contratto (esempio: la durata, il tipo di garanzia o l'importo del premio), le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Società che, comunque, non è tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione.

Tassazione separata: Metodo di calcolo dell'imposta da applicare a redditi a formazione pluriennale, previsto dal legislatore per evitare i maggiori oneri per il contribuente che deriverebbero dall'applicazione delle aliquote progressive dell'imposta sui redditi.

Tasso tecnico: Rendimento finanziario, annuo e composto, che è già compreso nel calcolo delle prestazioni assicurate iniziali.

Data ultimo aggiornamento: 01/04/2019

Art. 1 Prestazioni assicurate

In relazione a ciascuna posizione individuale presente nella collettiva, per la quale il Contraente abbia esercitato l'Opzione F e la Società abbia accettato il relativo rischio, la Società stessa si impegna a corrispondere, finché l'Assicurato è in vita, la rendita annua vitalizia immediata (Rendita principale) erogabile in rate mensili posticipate al Beneficiario designato a norma della Convenzione.

La Rendita principale inizialmente assicurata con l'Opzione F risulta esclusivamente dalla scheda di Polizza emessa dalla Società a fronte del premio versato.

Inoltre, nel caso si verifichi lo stato di Non Autosufficienza (come definito al successivo art. 2 e **purché riconosciuto dalla Società**) dell'Assicurato, la Società garantisce - insieme alla suddetta rendita principale e con le stesse modalità di erogazione - la corresponsione, finché l'assicurato è in vita, della rendita annua vitalizia immediata LTC (Rendita LTC), di importo uguale a quello della Rendita principale.

Le rate di rendita dovute sono quelle che scadono prima della data di decesso dell'Assicurato. Viene corrisposto anche il rateo di rendita maturato al momento del decesso dell'Assicurato, relativo al tempo trascorso dall'ultima scadenza di rata precedente il decesso o, se non è ancora scaduta la prima rata di rendita, dalla decorrenza della posizione individuale.

La rendita annua assicurata si rivaluta annualmente, come stabilito all'art. 5 delle Condizioni di assicurazione, e **non è riscattabile**.

Art. 2 Definizione dello stato di Non Autosufficienza

Lo stato di Non Autosufficienza è determinato dall'incapacità - accertata ai sensi del successivo art. 6 – totale e permanente, sia fisica sia conseguente a malattia di Alzheimer o similari demenze invalidanti, di svolgere autonomamente, cioè senza la necessità di assistenza di un'altra persona, almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana di seguito definite.

- **Muoversi**: capacità di spostarsi dal letto alla sedia e viceversa.
- **Lavarsi**: capacità di lavarsi in modo da mantenere l'igiene personale.
- **Vestirsi e svestirsi**: capacità di indossare e togliere correttamente gli abiti e le eventuali protesi.
- **Nutrirsi**: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile.
- **Usare i servizi igienici**: capacità di usare correttamente i servizi igienici.
- **Mantenere la continenza**: capacità di controllare le funzioni corporali (vescica e intestino), eventualmente ricorrendo ad appositi indumenti protettivi.

Art. 3 Esclusioni

È escluso dalla garanzia lo stato di Non Autosufficienza derivante direttamente o indirettamente da:

- un evento - malattia o condizione patologica o Infortunio (qui e di seguito inteso come un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili) - preesistente al momento dell'ingresso in assicurazione della posizione individuale. La presente esclusione non si applica qualora l'Assicurato abbia fornito prima dell'ingresso in assicurazione dichiarazioni in merito ai predetti eventi e la Società, eventualmente a fronte di ulteriori accertamenti sanitari e/o all'applicazione di soprapremi sanitari, abbia accettato il rischio;
- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- contaminazioni chimiche e/o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.) che determinino un'effettiva

ed obiettivamente accertabile incapacità a svolgere le attività elementari della vita quotidiana;

- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- pratica di sport pericolosi (ad esempio: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere);
- 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.

Se lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato è determinato da una di tali cause escluse dalla garanzia, la Società non corrisponde la Rendita LTC.

Art. 4 Limitazioni

La garanzia per lo stato di Non Autosufficienza dovuto ad una causa diversa dall'Infortunio (come definito al precedente art. 3), è soggetta ad un periodo di carenza di un anno dall'entrata in vigore delle garanzie per la posizione individuale. Tale periodo è esteso a:

- 3 anni per lo stato di Non Autosufficienza dovuto a malattie neurologiche;
- 7 anni per lo stato di Non Autosufficienza dovuto ad infezione – inclusa la sieropositività - da HIV o AIDS e patologie collegate

Qualora si verifichi lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato determinato da una causa, diversa dall'Infortunio, intervenuta durante il suddetto periodo di carenza, la Società non corrisponde la Rendita LTC.

Art. 5 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

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

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

Trascorsi 180 giorni dall'entrata in vigore delle garanzie, la Società può agire, come previsto al precedente comma, esclusivamente quando esiste malafede o colpa grave.

L'inesatta o incompleta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle rate di rendita dovute e di quelle eventualmente già corrisposte.

Art. 6 Denuncia e accertamento dello stato di Non Autosufficienza

Qualora l'Assicurato manifesti uno stato di Non Autosufficienza, come definito al precedente art. 2, deve esserne fatta denuncia alla Società **entro i 90 giorni successivi, mediante raccomandata A.R. o telefax**, per chiedere il pagamento della Rendita LTC ai sensi dell'art. 6 delle Condizioni di assicurazione. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata o del telefax completi di tutta la documentazione richiesta, secondo quanto previsto dall'Allegato A/LTC. Resta fermo che i pagamenti vengono effettuati dalla Società previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione necessaria – fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità – riportata nel predetto Allegato A/LTC,

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza e delle relative cause; inoltre, su richiesta della Società, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per compiere la valutazione funzionale della propria capacità fisica, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Società.

La Società si impegna ad accertare lo stato di Non Autosufficienza entro 180 giorni dalla data della denuncia o, comunque, dalla data di ricevimento dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta ai sensi dell'art. 6 delle Condizioni di assicurazione, inclusa quella relativa agli eventuali accertamenti medici.

Art. 7 Termini per la corresponsione della Rendita LTC

La rendita annua LTC viene corrisposta – insieme alla rendita principale - a seguito del riconoscimento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato.

La scadenza di pagamento della prima rata mensile di Rendita LTC (data di decorrenza della Rendita LTC) è stabilita alla prima ricorrenza mensile della data di erogazione della Rendita principale che segue di almeno 90 giorni la data di denuncia. Se l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza si protrae oltre la suddetta data di decorrenza, la Società corrisponde le rate di Rendita LTC arretrate insieme a quella in scadenza alla prima ricorrenza mensile successiva al riconoscimento.

Art. 8 Rivedibilità dello stato di Non Autosufficienza

L'Assicurato riconosciuto in stato di Non Autosufficienza è obbligato a sottoporsi - su richiesta della Società e non più di una volta all'anno - alle visite e agli esami medici necessari per accertare il permanere di tale stato. L'Assicurato e il Contraente sono inoltre tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per il suddetto accertamento.

Qualora non sussista più lo stato di Non Autosufficienza o, comunque, nel caso che l'Assicurato o il Contraente non adempiano ai precedenti obblighi, la Società comunica al Contraente e al Beneficiario la cessazione della corresponsione della Rendita LTC, a decorrere dalla prima rata mensile successiva alla data della comunicazione stessa.

Art. 9 Controversie: arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sul riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato e sugli esiti del riesame di tale stato, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. 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 metà alle 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 dei 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 qualora uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 10 Richiamo alle Condizioni di assicurazione

Per tutto quanto non espressamente regolamentato dalle presenti Condizioni integrative si applicano - in quanto compatibili - le Condizioni di assicurazione, fermo restando quanto stabilito nella Convenzione.

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO

DOCUMENTAZIONE PER LA DENUNCIA DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	Denuncia, debitamente sottoscritta, relativa allo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, corredata dal questionario - redatto su modello fornito dalla Società da compilarsi a cura del Medico curante dell'Assicurato stesso - necessario ai fini dell'accertamento dello stato di Non Autosufficienza e delle relative cause.
DOCUMENTAZIONE PER IL PAGAMENTO DELLA RENDITA	Una volta l'anno su richiesta della Compagnia: Documento valido comprovante l'esistenza in vita dell'Assicurato o autocertificazione corredata da copia di un documento d'identità in corso di validità del medesimo.
I pagamenti vengono effettuati previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione sopra elencata in relazione alla causa del pagamento, fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità. Qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzi situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa antiriciclaggio, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.	