



PIANO PENSIONISTICO BAYERISCHE

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO
FONDO PENSIONE

(Art. 13 del Decreto Legislativo n. 252 del 5 dicembre 2005)

Tariffa 4026

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

INDICE

Art. 1 – Oggetto	pag. 2
Art. 2 – Modalità di adesione	pag. 2
Art. 3 – Diritto di revoca e diritto di recesso	pag. 2
Art. 4 – Spese	pag. 3
Art. 5 - Le prestazioni pensionistiche	pag. 4
Art. 6 - Rivalutazione annuale	pag. 4
Art. 7 - Diritto di riscatto – Anticipazioni	pag. 4
Art. 8 - Trasferimento ad altre forme pensionistiche	pag. 6
Art. 9 - Somma liquidabile in caso di morte dell'Aderente	pag. 7
Art. 10 - Beneficiari della prestazione	pag. 7
Art. 11 - Foro competente	pag. 7
Art. 12 - Prestazioni assicurative accessorie facoltative – Regole Comuni	pag. 11
Art. 13 – Prestazioni assicurative accessorie in caso di morte dell'Aderente e/o di invalidità totale e permanente	pag. 12
Art. 14 - Prestazione assicurativa accessoria in caso di morte dovuta ad infortunio	pag. 17
Art. 15 – Prestazione assicurativa accessoria “Invalidità permanente da infortunio”	pag. 18
Art. 16 – Prestazione assicurativa accessoria “Diaria da ricovero a seguito di infortunio o malattia”	pag. 22
Art. 17 – Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale costante e a premio annuo costante	pag. 25
Regolamento Gestione separata interna “ERGO Previdenza Nuovo PPB”	pag. 30

PRESTAZIONI PENSIONISTICHE

Condizioni generali di Contratto

Art. 1 - Oggetto

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

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

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

Art. 2 – Modalità di contribuzione

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

- bonifico o SCT (SEPA Credit Transfer) sul C/C intestato a ERGO Previdenza S.p.A. presso Unicredit S.p.A. - sulle coordinate IBAN IT 60 Z 02008 11758 000500071701 indicando Cognome e Nome dell'Aderente e numero di contratto;

- assegno bancario/postale, non trasferibile, intestato a ERGO Previdenza S.p.A. ;

- bollettino postale sul C/C Banco Posta intestato a ERGO Previdenza S.p.A. sulle coordinate 95038188 indicando nella causale Cognome e Nome dell'Aderente e numero di contratto.

Per i soli contributi versati dall'Aderente in forma ricorrente potrà essere utilizzata la Rimessa Interbancaria Diretta (RID) su conto corrente bancario/postale, mediante la sottoscrizione dell'apposito modulo. Il conferimento del TFR potrà essere versato mediante bonifico o SCT (SEPA Credit Transfer) sul C/C intestato a ERGO Previdenza S.p.A. presso Unicredit S.p.A. sulle coordinate IBAN IT 31 S 02008 11758 000030078007, indicando Cognome e Nome dell'Aderente e numero di contratto.

La valuta riconosciuta sulle modalità di pagamento sopraindicate è pari alla valuta riconosciuta dalla Banca/Posta ordinante a ERGO Previdenza S.p.A. .

Art. 3 – Diritto di revoca e diritto di recesso

L'Aderente ha facoltà di recedere dall'impegno preso con la Compagnia mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento da inviarsi entro trenta giorni dalla conclusione del contratto, così come indicato al precedente art. 2.

In tal caso, la Compagnia rimborserà, entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta di recesso completa di modulo di adesione:

- per il contributo collegato alla Gestione Separata Interna "ERGO Previdenza Nuovo PPB", gli importi eventualmente corrisposti;

- per il premio versato a fronte delle garanzie assicurative accessorie di seguito riportate nelle presenti condizioni generali di contratto, gli importi eventualmente corrisposti al netto dell'imposta, laddove prevista.

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

ERGO Previdenza S.p.A.
Ufficio Assunzioni
Via R. Pampuri 13
20141 Milano

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

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

Art. 4 – Spese

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

1. Spese di adesione

Non sono previste spese di adesione.

2. Spese da sostenere durante la fase di accumulo

La Compagnia preleverà:

- a) il 4,8% di ogni contributo versato, prelevato dal medesimo al momento della sua corresponsione; Tale spesa non si applica ai contributi derivanti da trasferimenti della posizione individuale da altre forme pensionistiche.
- b) l'1,0% del rendimento annuo realizzato dalla Gestione Separata "ERGO Previdenza NUOVO PPB".

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

Non è prevista alcuna spesa.

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

Non è prevista alcuna spesa.

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

Non è prevista alcuna spesa.

6. Spese relative all'erogazione della rendita

L'1,0% del rendimento annuo realizzato dalla Gestione Separata "ERGO Previdenza NUOVO PPB".

7. Spese delle garanzie accessorie facoltative

Le spese applicate alle garanzie accessorie facoltative sono:

- Assicurazione temporanea in caso di morte e di invalidità totale e permanente a capitale decrescente di 1/N di cui all'art. 13, 20,66 Euro applicate al premio e l'11,0% sul premio residuo;
- Assicurazione di un capitale addizionale in caso di morte a seguito di infortunio o incidente stradale di cui all'art. 14, non sono previste spese per l'acquisizione e la gestione del contratto;
- Assicurazione per una capitale per invalidità permanente da infortunio di cui all'art. 15, non sono previste spese per l'acquisizione e la gestione del contratto;
- Assicurazione per una Diaria da ricovero a seguito di infortunio o malattia di cui all'art. 16, non sono previste spese per l'acquisizione e la gestione del contratto;
- Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale costante e a premio annuo costante di cui all'art. 17, 7,75 Euro applicate al premio e l'11,0% sul premio residuo;

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

8. Ulteriori spese

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

Art. 5 - Le prestazioni pensionistiche

Con il presente contratto la Compagnia corrisponderà in caso di vita dell'Aderente alla scadenza del contratto, ossia alla data di suo pensionamento, che coincide con la data di maturazione dei requisiti di accesso alle prestazioni pensionistiche secondo quanto previsto dal regime obbligatorio di appartenenza, una rendita annua vitalizia erogata in rate mensili posticipate il cui ammontare è in funzione di ogni singolo contributo pagato dall'Aderente alla Compagnia; la rendita annua potrà essere corrisposta a richiesta dell'Aderente anche in rate annuali, semestrali, trimestrali posticipate.

La rendita annua vitalizia iniziale erogata in rate mensili è determinata dividendo il capitale maturato nella posizione individuale a tale data per il relativo coefficiente di trasformazione di cui alla Tabella A, che forma parte integrante delle presenti Condizioni Generali di contratto, distinto per età e sesso dell'Aderente. Per determinare la rendita annua vitalizia iniziale erogata in rate trimestrali, semestrali e annuali occorre dividere il capitale maturato per il relativo coefficiente di conversione di cui rispettivamente alle Tabelle B, C e D (Tabella "rateazione trimestrale", "rateazione semestrale", "rateazione annuale"), che formano parte integrante delle Condizioni Generali di contratto, distinto per età e sesso dell'Aderente. I coefficienti di trasformazione utilizzati per determinare la rendita vitalizia prevista alla data di scadenza del contratto sono, alla data di redazione delle presenti Condizioni Generali di contratto, determinati considerando quale base demografica e finanziaria quella riportata nella Tabella E.

L'Aderente al momento del pensionamento potrà percepire una parte della prestazione in forma di capitale fino ad un massimo del 50% della posizione maturata. Sono altresì previsti casi nei quali si può percepire il 100% in forma di capitale. Al riguardo vedasi l'Art. 10, comma 5 del Regolamento del Fondo.

Art. 6 - Rivalutazione annuale

La posizione dell'Aderente viene rivalutata in base ai rendimenti conseguiti dalla Gestione separata interna "ERGO Previdenza Nuovo PPB", nella misura e con le modalità di seguito indicate.

Art. 6.1 - Rendimento lordo attribuito al PIP

Il rendimento lordo attribuito al PIP si ottiene sottraendo al rendimento medio annuo realizzato dalla Gestione separata interna "ERGO Previdenza Nuovo PPB", come determinato al punto 5 del relativo Regolamento allegato alle presenti Condizioni Generali di contratto, le spese di cui all'art. 4, punto 2, lettera b). In ogni caso la Compagnia garantisce un rendimento minimo lordo del 2,0%.

Art. 6.2 - Rendimento netto attribuito al PIP

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

Art. 6.3 - Rivalutazione del PIP

Al 31 dicembre di ogni anno la posizione individuale accumulata viene incrementata di un importo pari al prodotto della posizione individuale accumulata al periodo annuale precedente per la misura della rivalutazione, determinata secondo le modalità previste all'art. 6.2 del presente articolo. I contributi netti corrisposti nel corso dell'anno vengono rivalutati, con le medesime modalità, per il periodo intercorrente tra la data di versamento dei premi e il 31 dicembre successivo (metodo pro-rata temporis).

Art. 6.4 - Misura della rivalutazione in fase di erogazione della rendita

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

Art. 7 - Diritto di riscatto - Anticipazioni

La determinazione del valore di riscatto o di anticipazione si ottiene moltiplicando la posizione individuale accumulata al 1° gennaio per la misura della rivalutazione, pari al rendimento netto della Gestione separata interna "ERGO Previdenza Nuovo PPB" ottenuto nei dodici mesi precedenti il secondo mese antecedente la data di richiesta, per il periodo intercorrente tra il 1° gennaio e la data di

richiesta. I contributi netti corrisposti nel corso dell'anno vengono rivalutati per la misura della rivalutazione, pari al rendimento netto della Gestione separata interna "ERGO Previdenza Nuovo PPB" ottenuto nei dodici mesi precedenti il secondo mese antecedente la data di richiesta, per il periodo intercorrente tra la data di versamento dei premi e la data di richiesta.

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

Art. 7.1 – Modalità di esercizio del diritto di riscatto

La richiesta di riscatto parziale o totale deve essere inviata alla Compagnia, completa di tutta la documentazione di seguito indicata, tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata al seguente recapito:

ERGO Previdenza S.p.A.
Ufficio Gestione Tecnica Portafoglio Vita
Via Pampuri 13
20141 Milano

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

Documentazione da produrre

In caso di riscatto totale o parziale

- 1) A seguito di cessazione dell'attività lavorativa, la richiesta dovrà essere corredata da:
 - una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà autenticata in carta semplice, nella quale il soggetto indichi la data di cessazione dell'attività lavorativa o lo stato di disoccupazione, dichiarare il persistere di tale condizione ed il mancato percepimento di reddito da lavoro nonché la motivazione che ha dato luogo alla cessazione dell'attività lavorativa (se licenziamento, dimissioni, chiusura attività); in quest'ultimo caso (chiusura attività) la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà autenticata dovrà contenere anche l'indicazione di non essere soggetto ad alcuna procedura concorsuale (allegare visura);
 - codice IBAN completo (coordinate bancarie sulle quali disporre il bonifico o SCT (SEPA Credit Transfer)); laddove il conto corrente risultasse intestato a Persona diversa dall'Aderente, curare la sottoscrizione anche da parte dell'intestatario del conto;
 - originale di polizza, in caso di smarrimento del documento, allegare copia della denuncia presentata all'Autorità competente (Carabinieri, Polizia, ecc.); tale documento dovrà essere presentato solo in caso di richiesta di riscatto totale;
 - Fotocopia di documento di identità e codice fiscale dell'Aderente.
- 2) A seguito di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo, la richiesta dovrà essere corredata da:
 - Attestazione di invalidità permanente rilasciata dalla Commissione medica competente per l'accertamento degli stati di invalidità civile dalla quale risulti la riduzione a meno di 1/3 della capacità di lavoro;
 - Codice IBAN completo (coordinate bancarie sulle quali disporre il bonifico o SCT (SEPA Credit Transfer)); laddove il conto corrente risultasse intestato a Persona diversa dall'Aderente, curare la sottoscrizione anche da parte dell'intestatario del conto;
 - Originale di polizza, in caso di smarrimento del documento, allegare copia della denuncia presentata all'Autorità competente (Carabinieri, Polizia, ecc.);
 - Fotocopia di documento di identità e codice fiscale dell'Aderente.

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

In caso di riscatto per decesso dell'Aderente

- Certificato di morte dell'Aderente;
- Originale di polizza, in caso di smarrimento del documento, allegare copia della denuncia presentata all'Autorità competente (Carabinieri, Polizia, ecc.);
- Fotocopia del documento di identità e codice fiscale degli eredi;
- Codice IBAN completo (coordinate bancarie sulle quali disporre il bonifico o SCT (SEPA Credit Transfer)) per ciascun erede; laddove il conto corrente risultasse intestato a Persona diversa dall'erede, curare la sottoscrizione anche da parte dell'intestatario del conto;
- Atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà autenticata, in carta semplice, con indicazione che l'Aderente è deceduto senza lasciare testamento e con l'indicazione degli eredi legittimi (in caso di successione legittima);
- Copia autentica del testamento pubblicato dal Notaio (in caso di successione testamentaria);
- Atto notorio con indicazione che il testamento pubblicato è l'ultimo valido e non impugnato (in caso di successione testamentaria).

Si ricorda che in caso di erede minorenni e/o incapace di agire, oltre ai documenti richiesti, dovrà essere allegato originale o copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il tutore all'incasso delle somme spettanti all'incapace.

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

Art. 7.2 – Modalità di esercizio del diritto di anticipazione

La richiesta di anticipazione deve essere inviata alla Compagnia, completa di tutta la documentazione indicata nell'apposito documento sulle anticipazioni, tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata al seguente recapito:

ERGO Previdenza S.p.A.
Ufficio Gestione Tecnica Portafoglio Vita
Via Pampuri 13
20141 Milano

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

Art. 8 - Trasferimento ad altre forme pensionistiche

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

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

Il capitale da trasferire si determina nel seguente modo:

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

della Gestione separata interna "ERGO Previdenza Nuovo PPB" ottenuto nei dodici mesi precedenti il secondo mese antecedente la data di richiesta per il periodo intercorrente tra la data di accredito alla Compagnia di ogni singolo versamento e la data di richiesta di trasferimento.

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

Il trasferimento della posizione individuale comporta la cessazione della partecipazione al "Piano Pensionistico Bayerische - tar. 4026".

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

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

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

Art. 10 - Beneficiari della prestazione

In caso di decesso dell'aderente prima dell'esercizio del diritto alla prestazione pensionistica, la posizione individuale è riscattata dagli eredi ovvero dai diversi beneficiari designati dallo stesso, siano essi persone fisiche o giuridiche. In mancanza di tali soggetti, la posizione individuale viene devoluta a finalità sociali secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente.

Art. 11 - Foro competente

Per le controversie relative al presente PIP, fatta eccezione per il caso di controversie in cui un soggetto rivesta la qualità di consumatore ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 206/2005 per il quale resta ferma la competenza del Foro in cui il consumatore ha la propria residenza o il domicilio eletto se ubicato nel territorio dello Stato Italiano, è esclusivamente competente il Foro di Milano.

Le Tabelle sono per 1.000 Euro di capitale maturato nella posizione individuale

Tabella A)

RATEAZIONE MENSILE

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

Tabella B)

RATEAZIONE TRIMESTRALE

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

Tabella C)
RATEAZIONE SEMESTRALE

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

Tabella D)
RATEAZIONE ANNUALE

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

TABELLA E)

Tavola demografica:

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

Tasso tecnico e rendimento minimo garantito:

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

Rivalutazione: in funzione del rendimento della Gestione Separata Interna "ERGO Previdenza Nuovo PPB"

PRESTAZIONI ASSICURATIVE ACCESSORIE

Art. 12 Prestazioni assicurative accessorie facoltative - Regole Comuni

Art. 12.1 – Operatività delle garanzie

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

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

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

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

Art. 12.2 – Diritto di revoca e recesso

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

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

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

**ERGO Previdenza S.p.A.
Ufficio Assunzioni
Via R. Pampuri 13
20141 Milano**

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

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

Art. 12.3 – Durata della garanzia

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

Art. 12.4 - Dichiarazione dell'Aderente

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

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

A) quando esiste dolo o colpa grave ha diritto:

- di impugnare il contratto, dichiarando all' Aderente di voler esercitare tale diritto, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o le reticenze;

- di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso il premio convenuto per il versamento annuale;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine di tre mesi per l'impugnazione da parte della Compagnia;

B) quando non esiste dolo o colpa grave ha diritto:

- di recedere dalla garanzia stessa, mediante dichiarazione da farsi all'Aderente entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o le reticenze;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

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

Art. 12.5 - Mancato pagamento del premio annuo

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

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

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

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

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

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

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

Le garanzie riprendono vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento

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

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

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

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

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

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

A - Il premio

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

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

B - Capitale assicurato

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

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

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

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

C - Rischio morte

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

D - Esclusioni

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

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

E - Condizioni di carenza per assicurazioni senza visita medica

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

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

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

a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomelite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto;
c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto al precedente paragrafo D) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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

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

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

G - Rischio invalidità totale e permanente

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

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

H - Carenza

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

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

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

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

I - Esclusioni

La Compagnia non risponde per i casi di invalidità conseguenti:

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

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

J - Criteri di indennizzabilità

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

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

K - Denuncia dell'invalidità ed obblighi relativi

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

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

L - Accertamento dell'invalidità. Controversie - Arbitrato irrituale

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

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

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

M - Beneficiari della prestazione

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

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

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

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

N - Modalità di pagamento della prestazione

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

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

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

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

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

Art. 14 - Prestazione assicurativa accessoria in caso di morte dovuta ad infortunio L'assicurazione complementare infortuni garantisce la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale per il caso di infortunio dell'Aderente che abbia come conseguenza la morte dello stesso. Pertanto, nel caso di decesso dell'Aderente dovuto ad infortunio e sempre che la morte si verifichi entro un anno dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Compagnia corrisponderà, oltre al capitale previsto all'articolo 13, paragrafo B, un ulteriore capitale così come previsto al successivo paragrafo C del presente articolo.

A - Definizione di infortunio

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

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

B - Esclusione del rischio

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

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

VII) ubriachezza o uso di stupefacenti o per effetto di operazioni chirurgiche o trattamenti non resi necessari dall'infortunio o riguardanti la cura della persona;

VIII) malaria, carbonchio e avvelenamento comunque causato.

C - Cessazione della garanzia

La garanzia si estingue:

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

D - Capitale assicurato

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

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

E - Il premio

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

F - Denuncia d'infortunio e documentazione relativa

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

Nella denuncia deve essere indicato:

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

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

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

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

G - Pagamento del capitale assicurato

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

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

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

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

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

Inoltre, sono considerati infortuni e quindi compresi in garanzia:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;

- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi muscolari.
Sono inoltre compresi gli infortuni derivanti da:
- g) stato di malore o incoscienza;
- h) imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) tumulti popolari, sommosse o atti di terrorismo, a condizione che l'Aderente non vi abbia preso parte attiva;
- l) guida od uso di veicoli o di natanti anche a motore, compresa la partecipazione a gare di regolarità pura;
- m) pratica di sports in genere anche con partecipazione a gare e relative prove, purché svolta a carattere ricreativo, compresi i seguenti: ippica, calcio, ciclismo, subacquei anche con uso di autorespiratori, rugby, football americano, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme;
- n) le conseguenze di sforzi muscolari aventi carattere traumatico e le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:
- la copertura assicurativa per le ernie ha effetto dalla data di entrata in vigore del contratto sempre che da documentazione medica risulti che l'Aderente non è portatore di tali infermità. In mancanza di detta documentazione la garanzia sarà invece operante dopo un periodo di aspettativa di 180 gg.;
 - qualora l'ernia risulti operabile non verrà corrisposta alcuna indennità;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui al successivo paragrafo L;
- o) partecipazione a viaggi turistici o di trasferimento - effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri, esclusi deltaplani ed ultraleggeri - da chiunque gestiti, tranne che:
- da aeroclubs;
 - da Compagnia/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da quelli di trasporto pubblico di passeggeri.

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

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

Euro 258.228,45 e complessivamente per aeromobile:

Euro 1.032.913,80 per il caso di invalidità permanente.

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

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

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

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

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

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

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

B - Indennizzo in caso di invalidità permanente da infortunio

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

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

C - Limitazione per invalidità preesistenti

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

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

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

D - Esclusioni

Non sono indennizzabili i danni:

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

La garanzia non vale inoltre per:

- le conseguenze di operazioni chirurgiche;
- gli accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

E - Somma assicurata per invalidità permanente da infortunio

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

F - Il premio

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

G - Limitazione ai soli rischi extra-professionali

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

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

H - Servizio militare

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

I - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

J - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

K - Denuncia del sinistro e obblighi relativi

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

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

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

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

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

L - Controversie - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sulla durata del ricovero nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti precedentemente sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

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

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

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

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

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

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

M - Risoluzione dell'assicurazione

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

N - Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio

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

O - Altre assicurazioni

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

P - Cessazione dell'assicurazione

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

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

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

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

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

I documenti prodotti dall'Aderente rimangono acquisiti alla Compagnia.

A - Il premio

A fronte della prestazione per diaria da ricovero è corrisposto un premio annuo, netto di imposte, di Euro 23,24.

Non sono previste spese per l'acquisizione e la gestione del contratto.

B - Decorrenza delle garanzie

La garanzia ha effetto:

- **per le prestazioni conseguenti ad infortunio,**

dalle ore 24 del giorno di decorrenza della prestazione principale così come indicato nel precedente art. 2 (Prestazione pensionistica);

- **per le prestazioni relative alle malattie,**

dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia principale;

- **per le prestazioni relative a situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula del contratto, nonché per il parto,**

dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia principale.

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

- con il termine di carenza di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione. Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa alla scadenza annuale senza soluzione di continuità di altra polizza, riguardante lo stesso Aderente ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esse previste.

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

C - Esclusioni

Sono esclusi i ricoveri determinati da:

a) conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipula del contratto, sottaciuti alla Compagnia con dolo o colpa grave;

b) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipula della polizza;

c) gli stati patologici correlati alla infezione da HIV;

d) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;

e) infortuni esclusi nel precedente art. 15 paragrafo D;

f) intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, ad uso di stupefacenti o allucinogeni;

g) aborto volontario non terapeutico;

h) prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio);

i) cure dentarie, paradontopatie ed applicazioni di protesi dentarie non rese necessarie da infortunio;

l) la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;

m) ricoveri dovuti alla necessità dell'Aderente di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza;

n) i ricoveri in case di riposo ancorchè qualificati Istituti di Cura;

o) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

p) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

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

D - Limitazione ai soli rischi extra-professionali

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

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

E - Servizio militare

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

F - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

G - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

H - Denuncia del sinistro e obblighi relativi

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

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

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

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

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

I - Controversie - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sulla durata del ricovero nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti precedentemente sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

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

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

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

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

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

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

J - Risoluzione dell'assicurazione

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

K - Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio

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

L - Altre assicurazioni

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

M - Cessazione dell'assicurazione

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

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

a premio annuo crescente,

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

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

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

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

A - Il premio

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

B - Durata

Il presente contratto ha durata pari a 10 anni.

C - Dichiarazioni dell' Aderente

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

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

A) quando esiste dolo o colpa grave ha diritto:

- di impugnare il contratto dichiarando all' Aderente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o le reticenze;
- di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso il premio convenuto per il versamento annuale;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine di tre mesi per l'impugnazione da parte della Compagnia;

B) quando non esiste dolo o colpa grave ha diritto:

- di recesso dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Aderente entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o le reticenze;
- di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

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

D - Capitale assicurato

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

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

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

E - Rischio morte

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

F - Esclusioni

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

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

G - Condizioni di carenza per assicurazioni senza visita medica

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

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

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

a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomelite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto;

c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto al precedente paragrafo F - Esclusioni l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiamo come conseguenza la morte.

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

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

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

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

I - Beneficiari della prestazione

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

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

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

J - Modalità di pagamento della prestazione

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

- originale di polizza ed eventuali appendici;
- certificato di morte dell'Aderente;
- relazione medica sulle cause di decesso, redatta sul modulo predisposto dalla Compagnia - dichiarazione sostitutiva/atto di notorietà ove si dichiara se il defunto ha lasciato o meno testamento e

quali sono gli eredi legittimi; in presenza di testamento, copia autenticata dello stesso pubblicato a termini di legge;

- dati anagrafico/fiscali dei Beneficiari;

- decreto del Giudice Tutelare, nel caso di beneficiario minorenne o incapace, che autorizzi chi di diritto alla riscossione della somma per conto del minore.

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

CAPITALI ASSICURATI IN CASO DI MORTE

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

Regolamento della Gestione Separata “ERGO Previdenza Nuovo PPB”

Art. 1 - Denominazione

Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività di ERGO Previdenza S.p.A., e contraddistinta con il nome di gestione separata “**ERGO Previdenza Nuovo PPB**”.

La gestione separata “Ergo Previdenza Nuovo PPB” costituisce patrimonio autonomo e separato rispetto agli altri attivi della Compagnia ed è destinato esclusivamente all’erogazione, agli aderenti dei piani individuali pensionistici, di prestazioni pensionistiche complementari e non può essere distratto da tale fine.

La gestione separata “ERGO Previdenza Nuovo PPB” è conforme alle norme stabilite dal regolamento ISVAP n. 38 del 3 giugno 2011 e si atterrà alle eventuali successive disposizioni di legge o regolamentari che venissero emanate in materia.

Art. 2 - Valuta

La valuta di denominazione in cui sono espresse le attività finanziarie inserite nella gestione separata “ERGO Previdenza Nuovo PPB” è l’Euro.

Art. 3 - Periodo di osservazione per la determinazione del tasso di rendimento medio

L’esercizio della gestione separata “ERGO Previdenza Nuovo PPB”, da sottoporre a certificazione, ha una durata di dodici mesi dal 1° novembre al 31 ottobre di ciascun anno solare.

All’inizio di ogni mese viene determinato il rendimento medio realizzato dalla gestione separata “ERGO Previdenza Nuovo PPB” nel periodo costituito dai dodici mesi immediatamente precedenti.

Art. 4 - Obiettivi e politiche di investimento

La politica di investimento, in linea di principio orientata ad investimenti sicuri e di basso rischio, persegue un obiettivo di rivalutazione e consolidamento del patrimonio attraverso uno stile di gestione efficiente e mirante al conseguimento di un rendimento tale che consenta di rispettare gli impegni contrattuali assunti verso gli assicurati.

La Compagnia attua una politica di investimento volta a perseguire una composizione del portafoglio prevalentemente orientata verso valori mobiliari di natura obbligazionaria in conformità agli obiettivi ed al profilo di rischio della gestione in maniera tale che le operazioni effettuate siano eseguite alle migliori condizioni possibili con riferimento al momento, alla dimensione e alla natura delle operazioni.

La selezione delle attività da inserire nella gestione viene effettuata secondo un criterio di diversificazione globale:

- per aree geografiche, con prevalenza dell’area OCSE;
- per settori (Stati Sovrani, Enti Pubblici, settore Finanziario, settore Industriale, etc.);
- per categorie di emittenti;
- emessi prevalentemente in Euro.

Al fine della gestione del portafoglio sono stabiliti i seguenti limiti rispetto al patrimonio della gestione in merito alle diverse macro tipologie di attivi:

- depositi bancari a vista e depositi che prevedono prelievi soggetti a limiti di tempo uguali o inferiori a 15 giorni nel limite massimo del 15%;
- titoli di debito ed altri valori assimilabili nel limite massimo del 100%. La macroclasse comprende titoli di Stato, obbligazioni, obbligazioni convertibili ed altri valori classificabili nel comparto obbligazionario, inclusi quelli a tasso di interesse variabile, i titoli strutturati a condizione che prevedano il rimborso a scadenza del capitale investito e le quote di OICR di tipo obbligazionario.

La macroclasse comprende altresì i titoli di debito relativi ad operazioni di cartolarizzazione che abbiano il più elevato grado di priorità nell'emissione;

- titoli di capitale ed altri valori assimilabili nel limite massimo del 30%. La macroclasse comprende azioni, quote ed altri valori classificabili nel comparto azionario. Ne fanno parte anche gli OICR che investono prevalentemente nel comparto azionario o per le quali non è possibile determinare con certezza l'investimento prevalente;
- i titoli di debito, i titoli di capitale ed altri valori assimilabili immessi nella gestione devono essere negoziati su mercati regolamentati e devono avere un flottante tale da assicurare che l'investimento possa essere liquidato senza effetti significativi sul prezzo del titolo, altrimenti l'emittente o chi ha intermediato la transazione deve mettere a disposizione un prezzo di riacquisto in modo che sia garantita la liquidabilità dell'investimento. I titoli non negoziati in un mercato regolamentato e su cui non sono stati stabiliti idonei accordi di negoziazione non possono in ogni caso superare il 10% degli investimenti;
- è prevista una esposizione massima verso singolo emittente pari al 5% del portafoglio; il limite è elevabile al 10% se gli investimenti in prestiti o in titoli corrispondenti ad emittenti e mutuatari nei quali la gestione separata investa più del 5% dei suoi attivi non superano cumulativamente il 40%;
- mutui e prestiti fruttiferi garantiti da ipoteche o da garanzie bancarie o assicurative;
- investimenti alternativi nel limite massimo del 10%;
- crediti nei confronti degli assicurati e degli intermediari per premi ancora da incassare generati da meno di tre mesi;
- investimenti di tipo immobiliare purché realizzati attraverso quote di OICR.

Sono esclusi da tali limiti i titoli di debito emessi o garantiti da Stati Membri dell'Unione Europea o appartenenti all'OCSE o emessi da enti locali o pubblici di Stati Membri o da organizzazioni internazionali cui aderiscono uno o più di detti Stati membri.

Tra le attività finanziarie inseribili nella gestione sono ammessi strumenti finanziari derivati, quando il loro utilizzo risulta coerente con i principi di sana e prudente gestione del rischio ed in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente, al solo scopo di proteggere il valore delle singole attività o passività o di insiemi delle stesse dai rischi a loro connessi.

Il patrimonio della gestione separata può essere investito anche in strumenti finanziari emessi ed OICR istituiti e/o gestiti da società facenti parte del Gruppo di appartenenza di ERGO Previdenza S.p.A. o con cui quest'ultima intrattiene rapporti di affari rilevanti; al fine di evitare situazioni di potenziale conflitto di interessi, la Società effettua il monitoraggio periodico dei costi inerenti detti strumenti finanziari, con particolare riferimento alle commissioni gravanti sugli OICR.

La Società, nell'ottica di una più efficiente gestione delle attività finanziarie inserite nella gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB", ha la facoltà di conferire una delega gestionale totale o parziale delle stesse a società di gestione del risparmio appartenente o esterna al Gruppo di cui ERGO Previdenza S.p.A. fa parte; la Società, non limitando in alcun modo la propria responsabilità e senza gravare in alcun modo sulle spese attribuite alla gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB", realizza un monitoraggio continuo delle operazioni per garantire che siano effettuate alle migliori condizioni possibili di mercato con riferimento al momento, alla dimensione e alla natura delle operazioni stesse.

Per la gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB" non sono consentite operazioni infragrupo su titoli non negoziati in mercati regolamentati ad eccezione di quelle ipotesi straordinarie che venissero deliberate dal Consiglio di Amministrazione della ERGO Previdenza S.p.A.

Analogamente, non sono consentite operazioni infragruppo su titoli negoziati in mercati regolamentati ad eccezione di quelle ipotesi straordinarie che venissero deliberate dal Consiglio di Amministrazione di ERGO Previdenza S.p.A. In tal caso, il Consiglio di Amministrazione verificherà che la stessa sia attuata a condizioni di mercato, considerato congruo come criterio che il prezzo rientri nel range tra il prezzo minimo e massimo segnato nel mercato regolamentato al giorno di contrattazione e definisce le diverse tipologie di rischio ed i limiti dell'operazione, tenendo conto delle caratteristiche della controparte (in particolare, saranno considerati: la soggezione a vigilanza prudenziale, il rapporto tra la Società e la controparte, l'appartenenza o meno allo stesso gruppo assicurativo).

Art. 5 - Tipologie di polizze

La gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB" è utilizzata come strumento finanziario per l'investimento e la gestione delle attività finanziarie costituite a copertura delle riserve derivanti dagli impegni assunti dalla Società ERGO Previdenza S.p.A. a fronte dei piani individuali pensionistici di tipo assicurativo e costituiti nel rispetto della normativa afferente la previdenza complementare di cui all'Art. 13 del D. Lgs. n. 252 del 5 dicembre 2005.

I contratti di assicurazione sulla vita a prestazioni rivalutabili che prevedono l'inserimento delle attività finanziarie acquisite a fronte degli impegni assunti da ERGO Previdenza S.p.A. nella gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB" hanno lo scopo di consentire agli assicurati di disporre, all'atto del pensionamento, di prestazioni pensionistiche complementari del sistema obbligatorio e, pertanto, interessano quella fascia di clientela che sente tale necessità.

Art. 6 - Valore delle attività della gestione separata

Il valore della attività della gestione separata ERGO Previdenza Nuovo PPB sarà non inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili che prevedono una clausola di rivalutazione legata al rendimento della gestione stessa.

Art. 7 - Spese gravanti sulla gestione separata

La gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB", ai fini del calcolo del risultato finanziario della gestione medesima, sarà gravata unicamente:

- dalle spese riguardanti le attività relative al Responsabile dei piani individuali pensionistici, e
- dalle spese effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività finanziarie inserite nella suddetta gestione separata.

Pertanto, non sono imputabili alla gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB" altre tipologie di spese in qualsiasi modo sostenute.

Art. 8 - Rendimento della gestione separata

Il rendimento annuo della gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB", per l'esercizio relativo alla certificazione, si ottiene rapportando il risultato finanziario della gestione separata di competenza di quell'esercizio al valore medio della gestione separata.

Per risultato finanziario della gestione separata si devono intendere i proventi finanziari di competenza dell'esercizio, compresi gli utili e le perdite di realizzo, di competenza della gestione medesima, al lordo delle ritenute di acconto fiscali ed al netto delle spese specifiche degli investimenti di cui all'Art. 7, nonché eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o altri proventi ricevuti da ERGO Previdenza S.p.A. in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione.

Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nella 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 ERGO Previdenza S.p.A.

Il valore medio della gestione separata 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 della gestione separata, determinata in base al costo.

La consistenza media annua dei titoli e delle altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione nella gestione separata.

Art. 9 - Società di revisione

La gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB" è annualmente sottoposta a verifica da parte di una Società di Revisione iscritta all'Albo speciale tenuto da CONSOB ai sensi dell'art. 161 del D. Lgs. 24 febbraio 1998, n. 58 e successive modificazioni, la quale attesta la corrispondenza della gestione al presente regolamento e provvede a certificare tutti i rendimenti utilizzati per la rivalutazione dei contratti a prestazioni rivalutabili che prevedono una clausola di rivalutazione legata al rendimento della gestione stessa.

In particolare la società di revisione attesta, con apposita relazione, di aver verificato:

- a) la consistenza delle attività assegnate alla gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB" nel corso del periodo di osservazione nonché la disponibilità, la tipologia e la conformità delle attività iscritte nel prospetto della composizione della gestione separata stessa, secondo quanto definito all'Art. 13, comma 2, del regolamento ISVAP n. 38 oltre a quanto previsto dal presente regolamento al precedente Art. 4;
- b) la conformità dei criteri di valutazione delle attività attribuite alla suddetta gestione separata nel periodo di osservazione alle disposizioni di cui agli Artt. 7 e 10 del citato regolamento ISVAP n. 38;
- c) la correttezza, ai sensi dell'Art. 7 del regolamento ISVAP n.38, del risultato finanziario, del conseguente tasso di rendimento medio annuo realizzato dalla gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB" riferito al periodo di osservazione di cui all'Art. 3 ed i rendimenti medi annui, calcolati mensilmente con riferimento ai dodici mesi immediatamente precedenti;
- d) l'adeguatezza, ai sensi dell'Art. 8 del suddetto regolamento ISVAP, dell'ammontare delle attività assegnate alla gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB" alla fine del periodo di osservazione rispetto all'importo delle corrispondenti riserve matematiche determinato da ERGO Previdenza S.p.A. alla stessa data;
- e) la conformità del rendiconto riepilogativo della gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB" e del prospetto della composizione della gestione separata stessa alle disposizioni di cui all'Art. 13, del Regolamento ISVAP n. 38.

Art. 10 - Modifiche al regolamento

La Società si riserva la possibilità di apportare modifiche al presente regolamento derivanti dall'adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali fatta eccezione, in tale ultimo caso, di quelle meno favorevoli per l'Assicurato. Tali modifiche verranno comunicate con tempestività all'Assicurato ai sensi e per gli effetti di quanto previsto nella documentazione contrattuale dei piani individuali pensionistici collegati alla presente gestione separata.

Art. 11 - Modifiche della gestione separata

La Società, nell'interesse degli Assicurati, può operare la fusione o la scissione delle attività finanziarie inserite nella gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB" con o in una o più gestioni costituite da ERGO Previdenza S.p.A. ed aventi le stesse finalità esclusivamente previdenziali, nonché caratteristiche simili e politiche d'investimento omogenee.

La fusione o la scissione rappresentano eventi di carattere straordinario che la Società potrà adottare per motivi particolari tra i quali accrescere l'efficienza del servizio assicurativo offerto, rispondere a mutate esigenze di tipo organizzativo, ridurre eventuali effetti negativi dovuti a una eccessiva riduzione del patrimonio della gestione separata.

L'operazione di fusione o di scissione verrà effettuata senza oneri o spese per gli Assicurati e portata a loro conoscenza.

Art. 12 - Condizioni generali di contratto

Il presente regolamento è parte integrante delle condizioni generali di contratto dei piani individuali pensionistici che prevedono una clausola di rivalutazione legata al rendimento della gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo PPB".

ERGO Previdenza

Sede e direzione generale
Via Pampuri 13 • 20141 Milano

www.ergoitalia.it

ERGO Previdenza S.p.A. • Società per Azioni a socio unico. Capitale Sociale € 90.000.000 i.v. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 6/4/1992 (G.U. 10/4/1992 N° N° Registro Imprese di Milano e Codice Fiscale 03735041000. Partita IVA N° 10637370155. Iscritta alla Sez. 1 Albo Imprese IVASS al n. 1.00104 ed appartenente al Gruppo assicurativo ERGO Versicherungsgruppe iscritto in Albo Gruppi IVASS al n. 034. Società soggetta a direzione e coordinamento di ERGO Italia S.p.A.

ERGO