

INDICE

GRUPPO ERGO	PAG. 3
POLIZZA "A TUTTO TONDO"	PAG. 5
TARIFFA MISTA COMBINATA A PREMIO ANNUO CON RIVALUTAZIONE ANNUA DEL CAPITALE E DEL PREMIO	PAG. 6
SEZIONE I - PIANO VITA	PAG. 7
DISCIPLINA DEL CONTRATTO E DEFINIZIONI	PAG. 8
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	PAG. 9
GARANZIA COMPLEMENTARE ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ	PAG. 22
REGOLAMENTO DEL FONDO "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO"	PAG. 25
NOTA INFORMATIVA	PAG. 27
A - INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	PAG. 28
B - INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE	PAG. 28
C - INFORMAZIONI SULLA GESTIONE INTERNA SEPARATA	PAG. 34
D - INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE	PAG. 36
E - ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	PAG. 38
F - PROGETTO ESEMPLIFICATIVO DELLE PRESTAZIONI	PAG. 43
SEZIONE II - PIANO DANNI	PAG. 49
DEFINIZIONI	PAG. 50
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	PAG. 52
NORME CHE REGOLANO LE GARANZIE INFORTUNIO	PAG. 55
NORME CHE REGOLANO LE GARANZIE MALATTIA	PAG. 60
NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	PAG. 64
SETTORE ASSISTENZA	PAG. 65
NOTA INFORMATIVA	PAG. 71
INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ	PAG. 72
INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO	PAG. 72
INFORMAZIONI SPECIFICHE RELATIVE AL CONTRATTO	PAG. 72
ALLEGATI	PAG. 75
EP 004 - RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE	
EP/EA 009 - PRIVACY	
EP 054 - QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER RIATTIVAZIONE	

GRUPPO ERGO

SOLIDITÀ E AFFIDABILITÀ INTERNAZIONALE

ERGO è la holding tedesca che riunisce grandi Compagnie come Victoria, Hamburg-Mannheimer, DKV e DAS, creando un Gruppo integrato, sia in termini di prodotti sia di base Clienti.

ERGO, occupa il secondo posto nel mercato assicurativo tedesco, con più di 17 milioni di Clienti. Grazie a DKV e D.A.S., ERGO è leader europeo rispettivamente nel ramo Malattie e nel ramo Tutela Giudiziaria. Inoltre, insieme a Munich Re, ERGO è azionista di riferimento di MEAG, che ha un patrimonio amministrato di 147 miliardi di Euro (al 31/12/2004).

Il sistema di vendita ERGO a livello internazionale utilizza canali diversi: agenzie, bancassicurazione, promotori assicurativi e network marketing.

Il portafoglio investimenti di 95 miliardi di Euro (al 31/12/2004) e una raccolta premi a fine 2004 di 16 miliardi di Euro, ne fanno uno dei principali investitori istituzionali della Germania.

La holding opera in 22 Paesi, con un totale di 31 milioni di Clienti. In Italia è presente con ERGO Previdenza e ERGO Assicurazioni.

Con la quotazione in Borsa nel 1998 e l'attribuzione del rating A+ da parte di FITCH Ratings Ltd il 26 agosto 2004, ERGO Previdenza fa il suo ingresso a Piazza Affari e vede riconosciuta la propria affidabilità finanziaria.

Il core-business del Gruppo sono le polizze personali e le polizze per aziende piccole e medie.

A TUTTO TONDO

TARIFFA MISTA COMBINATA A PREMIO ANNUO CON RIVALUTAZIONE ANNUA DEL CAPITALE E DEL PREMIO

Il presente piano assicurativo prevede le seguenti sezioni: Sezione I e Sezione II.
Ciascuna Sezione è disciplinata esclusivamente dalle condizioni di assicurazione in essa contenute, di cui gli allegati fanno parte integrante e sostanziale, da quanto previsto nella polizza e nelle eventuali appendici, nonché dalle disposizioni legislative in materia.

SEZIONE I - PIANO VITA

Prestazioni assicurative per il caso vita e premorienza.

Condizioni di assicurazione mista combinata a premio annuo, con rivalutazione annua del capitale e del premio.

Garanzia complementare esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità

Condizioni di assicurazione della garanzia complementare esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

SEZIONE II - PIANO DANNI

Garanzia base obbligatoria (INFORTUNI E ASSISTENZA)

Prestazioni assicurative da infortunio per l'invalidità totale permanente da infortunio, per diaria da ricovero o ingessatura, per rimborso spese mediche e da assistenza.

Queste prestazioni sono sempre comprese e si intendono accettate per effetto della sottoscrizione della Sezione I.

Garanzia facoltativa (MALATTIA)

Prestazioni assicurative per l'invalidità permanente da malattia e diaria da ricovero da malattia.

Queste prestazioni sono facoltative e si intenderanno accettate per effetto della relativa sottoscrizione.

A TUTTO TONDO

SEZIONE I PIANO VITA

PRESTAZIONI ASSICURATIVE
PER IL CASO VITA
E PREMORIENZA

GARANZIA COMPLEMENTARE
ESONERO DAL PAGAMENTO
DEI PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ

DISCIPLINA DEL CONTRATTO E DEFINIZIONI

A) DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il contratto, oltre che dalle norme legislative in materia, è disciplinato:

- dalle condizioni di assicurazione;
- da quanto indicato in polizza e nelle eventuali appendici.

Le condizioni e le tariffe delle assicurazioni sulla vita sono formulate nel rispetto delle leggi e normative vigenti.

B) DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

ASSICURATO

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

BENEFICIARI

Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

CONTRAENTE

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il Contratto di assicurazione con ERGO Previdenza S.p.A., di seguito denominata Società, obbligandosi al versamento del relativo premio.

POLIZZA

Il documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

PREMIO

L'importo dovuto dal Contraente alla Società.

RISCATTO

Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni contrattuali.

RISERVA MATEMATICA

Importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli impegni nei confronti degli Assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.

SOCIETÀ

ERGO Previdenza S.p.A.

TASSO TECNICO

Rendimento finanziario, annuo e composto, che la Società riconosce nel calcolare le prestazioni assicurate iniziali.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

La Società si impegna a pagare in caso di vita dell'Assicurato al termine della durata contrattuale un capitale pari al capitale assicurato iniziale rivalutato annualmente secondo quanto disposto dall'Art. 15 - Clausola di rivalutazione.

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, il contratto si risolve e la Società corrisponde ai beneficiari designati una prestazione pari alla metà del capitale assicurato in vigore al momento del decesso.

Le prestazioni di cui sopra verranno corrisposte a condizione che il contratto sia al corrente con il versamento dei premi. In caso di interruzione del versamento dei premi nel corso della durata contrattuale dovuta a cause diverse dall'intervenuta invalidità totale e permanente dell'Assicurato, varrà quanto previsto al successivo Art. 13, "Interruzione del versamento dei premi". In caso di interruzione del versamento dei premi nel corso della durata contrattuale dovuta ad intervenuta invalidità totale e permanente dell'Assicurato, varrà quanto disposto dalle Condizioni di assicurazione della "Garanzia complementare esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente".

Gli obblighi della Società risultano, oltre che dalle presenti Condizioni di assicurazione, dalla polizza e dagli allegati rilasciati dalla Società stessa.

ART. 2 - REQUISITI SOGGETTIVI PER LA SOTTOSCRIZIONE

L'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto deve essere compresa tra i 18 e i 55 anni. L'età al termine della durata contrattuale deve essere al massimo pari a 65 anni.

ART. 3 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DECORRENZA DEGLI EFFETTI

Il contratto è concluso dal momento in cui il Contraente ha ricevuto il documento originale di polizza o l'accettazione scritta della Società e produce i propri effetti dalla data di decorrenza pattuita, sempre che sia stato effettuato il versamento del premio.

ART. 4 - REVOCA DELLA PROPOSTA

Il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta fino a quando il contratto non è concluso, mediante comunicazione scritta con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, indirizzata a:

ERGO Previdenza S.p.A.

Ufficio Assunzione

Via R. Pampuri 13, 20141 Milano

In tal caso, la Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca della proposta, rimborserà al Contraente il premio da questi corrisposto, senza trattenuta alcuna, mediante bonifico bancario sulle coordinate IBAN che il Contraente stesso dovrà indicare all'atto di comunicazione della revoca.

ART. 5 - RECESSO DAL CONTRATTO

Il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso, mediante comunicazione scritta con lettera raccomandata A.R., indirizzata a:

ERGO Previdenza S.p.A.

Ufficio Assunzione

Via R. Pampuri 13, 20141 Milano

allegando alla comunicazione di recesso l'originale di polizza e le eventuali appendici, qualora ne sia già in possesso, oltre all'indicazione delle proprie coordinate bancarie IBAN. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente, mediante bonifico bancario, il premio da questi corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto quantificate in € 50,00.

La comunicazione del recesso libera le parti da qualunque obbligo derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata di cui sopra.

ART. 6 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società stessa si riserva:

- di contestare la validità del contratto, ai sensi dell'Art. 1892 del Codice Civile, quando esiste malafede o colpa grave;
- di recedere dal contratto o, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre la somma da pagare, ai sensi dell'Art. 1893 del Codice Civile, quando non esiste malafede o colpa grave.

L'inesatta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.

ART. 7 - RISCHIO DI MORTE

A) ESCLUSIONI

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

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo, 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 o, trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;

- abuso di alcool e/o uso di sostanze stupefacenti;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- pratica di sport pericolosi (ad esempio paracadutismo, deltaplano, parapendio o altri sport aerei in genere, immersioni subacquee con o senza autorespiratore, alpinismo nelle sue varie forme, gare automobilistiche, regate veliche, speleologia, sport estremi nelle varie forme, ecc.) salvo che siano stati dichiarati all'atto della sottoscrizione della proposta o comunicati successivamente alla Società a mezzo raccomandata A.R., in data antecedente all'evento, e che la Società stessa abbia comunicato per iscritto le condizioni per l'accettazione del rischio o le eventuali limitazioni. In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso.

B) CONDIZIONI DI CARENZA PER ASSICURAZIONI SENZA VISITA MEDICA

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa 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, il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto e lo stesso Assicurato abbia versato regolarmente i premi dovuti, la Società corrisponderà un importo pari alla riserva matematica in vigore al momento del decesso.

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 Società non applicherà le limitazioni sopraindicate 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 punto A Esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Qualora il decesso dell'Assicurato 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 C (Delimitazione del rischio per assicurazioni con visita medica in assenza del test HIV), il capitale assicurato non sarà pagato. In suo luogo la Società corrisponderà una somma

pari alla riserva matematica in vigore al momento del decesso. Resta inteso che, nel caso di riduzione, il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso morte. Anche a quest'ultima limitazione si applica quanto sopra stabilito qualora la polizza fosse stata emessa in sostituzione di uno o più contratti precedenti.

Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dalla conclusione del contratto il capitale assicurato sarà comunque pagato.

C) DELIMITAZIONE DEL RISCHIO PER ASSICURAZIONI CON VISITA MEDICA IN ASSENZA DEL TEST HIV

Qualora l'Assicurato non abbia aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e il decesso dell'Assicurato 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.

In suo luogo sarà corrisposta una somma pari alla riserva matematica in vigore al momento del decesso. Resta inteso che, nel caso di riduzione, il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso morte.

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

ART. 8 - DURATA DEL CONTRATTO

La durata del contratto è stabilita all'atto della stipula e deve essere compresa fra dieci e venti anni, fatti salvi i requisiti di cui all'Art. 2.

ART. 9 - PREMIO

Le prestazioni si acquisiscono mediante l'effettuazione di una successione di versamenti annui anticipati rivalutabili secondo le modalità espone al successivo Art. 15, il cui ammontare iniziale è stabilito al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione. L'importo di premio annuo pattuito alla decorrenza del contratto, comprensivo della copertura obbligatoria del Piano Danni, non potrà essere inferiore a € 1.000,00 o superiore a € 5.000,00, al netto di eventuali diritti di frazionamento.

Il versamento del premio al perfezionamento del contratto deve essere effettuato mediante assegno bancario non trasferibile intestato a ERGO Previdenza S.p.A. o mediante bonifico bancario irrevocabile con valuta fissa per il Beneficiario uguale alla data di decorrenza della polizza sul C/C intestato a ERGO Previdenza S.p.A. presso la filiale della UniCredit Banca d'Impresa S.p.A., Via IX Maggio 22 - 37060 Nogarole Rocca (VR), sulle coordinate IBAN IT 46 C 03226 59620 000030029124, indicando nella causale il numero di proposta, cognome e nome del Contraente. Si segnala che, come riportato in proposta, il pagamento del premio di perfezionamento relativo alle garanzie del Piano Vita a mezzo bonifico bancario comporta analogo versamento relativo alle garanzie del Piano Danni sul corrispondente conto corrente, come riportato di seguito nella Sezione II.

Le rate di premio successive potranno essere versate mediante assegno bancario non trasferibile intestato a ERGO Previdenza S.p.A. a fronte di quietanze emesse dalla Direzione o mediante bonifico bancario irrevocabile con valuta fissa per il Beneficiario uguale all'anniversario della corrispondente data di decorrenza del contratto sul C/C intestato a ERGO Previdenza S.p.A. presso la filiale della UniCredit Banca d'Impresa S.p.A., Via IX Maggio 22 - 37060 Nogarole Rocca (VR), sulle coordinate IBAN IT 68 E 03226 59620 000030007726, indicando nella causale il numero di polizza, cognome e nome del Contraente.

In caso di pagamento a mezzo bonifico bancario, si rimanda alla Sezione II per l'evidenza delle differenti coordinate bancarie ove accreditare il premio relativo alle garanzie del Piano Danni.

La Società si riserva la facoltà di introdurre modalità di pagamento alternative dandone avviso al Contraente. A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio. È ammessa una dilazione di 30 giorni senza oneri di interessi. Decorso tale termine, gli obblighi della Società sono sospesi.

Il premio può essere corrisposto anche in rate subannuali (frazionamento semestrale o trimestrale). In tali casi la maggiorazione di costo da applicarsi alla parte di premio relativa al Piano Vita è pari al 3% per rate semestrali e 4,5% per rate trimestrali. Ad ogni anniversario della decorrenza della polizza il Contraente ha facoltà di modificare il frazionamento precedentemente pattuito con preavviso scritto di almeno tre mesi, da inviarsi a mezzo raccomandata A.R. indirizzata a:

ERGO Previdenza S.p.A.

Ufficio Gestione Tecnica Portafoglio Vita
Via R. Pampuri 13, 20141 Milano

Il pagamento delle rate di premio successive alla prima potrà avvenire anche mediante RID su conto corrente bancario intestato al Contraente che dovrà necessariamente essere persona fisica.

In caso di chiusura del conto corrente bancario di cui sopra, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata A.R. almeno 60 giorni prima della scadenza della rata di premio successiva alla chiusura del conto corrente stesso, comunicando le nuove coordinate bancarie IBAN. Qualora ciò non avvenga, il versamento delle rate di premio successive, fino al momento dell'attivazione del RID sul nuovo conto corrente, dovrà avvenire con le modalità precedentemente illustrate.

Si rammenta che, in caso di pagamento mediante RID, per il premio delle coperture del Piano Danni dovrà essere analogamente attivata un'ulteriore procedura di addebito automatico.

ART. 10 - SPESE DEL CONTRATTO

Su ogni versamento effettuato, al netto del premio lordo corrisposto per le prestazioni

relative alle coperture del Piano Danni nonché del costo dell'assicurazione complementare del Piano Vita, gravano spese per la produzione e per la gestione del contratto pari a una cifra fissa di € 25,00 e un'aliquota applicata all'importo residuo e variabile in funzione della durata contrattuale prescelta:

durata	caricamento percentuale
10	11,0%
11	11,1%
12	11,2%
13	11,3%
14	11,4%
15	11,5%
16	11,6%
17	11,7%
18	11,8%
19	11,9%
20	12,0%

In caso di frazionamento del premio, la maggiorazione di costo da applicarsi alla parte di premio relativa al Piano Vita è la seguente:

frazionamento	maggiorazione percentuale
semestrale	3,0%
trimestrale	4,5%

ART. 11 - CAPITALE ASSICURATO

Il capitale assicurato iniziale è determinato in funzione del premio iniziale pattuito, della durata contrattuale prescelta, dell'età, del sesso, e delle situazioni soggettive relative allo stato di salute ed alle abitudini di vita (ad es. sport, hobby, professione, ecc.) dell'Assicurato.

Qualora il contratto sia stato concluso senza visita medica, il capitale inizialmente assicurato in caso di decesso, anche derivante da una pluralità di rapporti assicurativi gestiti dalla Società, non potrà essere superiore a € 180.000,00.

ART. 12 - BENEFICIARI

Il Contraente all'atto della sottoscrizione della proposta designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione mediante comunicazione scritta alla Società (da inviarsi a mezzo lettera raccomandata A.R.) o per testamento.

La designazione non può essere revocata o modificata dopo che:

- il Contraente e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- si sia verificata la morte del Contraente;
- verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di riscatto, prestito, recesso, pegno o vincolo richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

ART. 13 - INTERRUZIONE DEL VERSAMENTO DEI PREMI (RISOLUZIONE/ RIDUZIONE)

In caso di mancato pagamento del premio, e sempre che dello stesso siano state corrisposte almeno tre annualità, l'assicurazione, limitatamente alle prestazioni riguardanti il Piano Vita, resta in vigore libera dall'obbligo di ulteriori versamenti, per le seguenti prestazioni ridotte.

Il capitale ridotto, da corrispondersi in caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del differimento, si determina moltiplicando il capitale rivalutato all'anniversario della data di decorrenza che precede la data di scadenza della prima rata di premio non pagata per il coefficiente di riduzione dato dal rapporto tra il numero dei premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni dello stesso, ed il numero dei premi annui pattuiti. Nel caso in cui il mancato pagamento del premio intervenga senza che sia maturato il diritto alla prestazione ridotta, come sopra descritto, i premi versati restano acquisiti dalla Società.

La prestazione ridotta verrà rivalutata a partire dal quinto anniversario della data di decorrenza del contratto e nella misura prevista al punto A dell'Art. 15 - Clausola di Rivalutazione.

In caso di morte dell'Assicurato, entro il termine del differimento, verrà corrisposto un importo pari alla metà del capitale ridotto in vigore alla ricorrenza annuale che precede la data del decesso.

In ogni caso, si precisa che in caso di sospensione del pagamento dei premi inerenti il Piano Vita, contestualmente non saranno più consentiti gli incassi relativi ai premi riguardanti il Piano Danni.

ART. 14 - RIPRESA DEI PAGAMENTI DEI PREMI (RIATTIVAZIONE)

Trascorsi trenta giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, negli ulteriori cinque mesi il Contraente ha diritto di riattivare le prestazioni riguardanti il Piano Vita, pagando tutte le rate arretrate debitamente rivalutate.

La riattivazione comporta l'applicazione di interessi per il ritardato pagamento, calcolati sulla base del tasso annuo di riattivazione nonché in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di pagamento. Per tasso annuo di riattivazione si intende il tasso che si ottiene sommando due punti percentuali alla misura del tasso legale di interesse in vigore al momento della richiesta.

La riattivazione del Piano Vita può pure avvenire entro un ulteriore termine massimo di un anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, ma esclusivamente previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione nella stessa forma da parte della Società, subordinata ad una preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato dichiarate nell'apposito modulo EP 054 in allegato.

Si precisa, in particolare che non è possibile riprendere il pagamento dei premi relativi alle prestazioni di cui alla Sezione II del presente contratto.

La richiesta di riattivazione delle prestazioni riguardanti il Piano Vita dovrà essere effettuata a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a:

ERGO Previdenza S.p.A.

Ufficio Gestione Tecnica Portafoglio Vita

Via R. Pampuri 13, 20141 Milano

La riattivazione del contratto di cui alla Sezione I, risolto o ridotto per mancato pagamento dei premi, effettuata nei termini di cui ai precedenti commi, ripristina le prestazioni assicurate riguardante il Piano Vita ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

In ogni caso di riattivazione, le prestazioni riguardanti il Piano Vita vengono ripristinate dalle ore 24 del giorno di versamento dell'intero importo dovuto.

ART. 15 - CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE

La presente polizza fa parte di una speciale categoria di assicurazioni sulla vita alle quali la Società riconoscerà una rivalutazione annua delle prestazioni assicurate in base alle Condizioni di seguito indicate. A tal fine la Società gestirà, secondo quanto previsto dal Regolamento del Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo", attività di importo non inferiore alle relative riserve matematiche.

A) MISURA DELLA RIVALUTAZIONE

Il rendimento della gestione separata Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" utilizzato ai fini del calcolo del rendimento annuo da attribuire al contratto è quello conseguito nei dodici mesi che precedono l'inizio del terzo mese antecedente quello nel quale cade l'anniversario di decorrenza della polizza.

La Società dichiara il rendimento annuo lordo da attribuire al contratto entro la fine del terzo mese antecedente quello in cui cade l'anniversario della data di decorrenza del contratto.

Tale valore si ottiene moltiplicando il rendimento di cui all'Art. 5 del regolamento della gestione separata Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" per l'aliquota di partecipazione fissata di anno in anno. L'aliquota non risulterà comunque inferiore all'80%.

Qualora la differenza fra il rendimento della gestione e il rendimento annuo lordo da attribuire al contratto determinato in base alla suddetta aliquota risulti inferiore all'1%, il rendimento lordo da attribuire al contratto verrà determinato sottraendo al rendimento della gestione la predetta aliquota dell'1%.

La misura annua di rivalutazione attribuita al contratto è pari al rendimento annuo lordo da attribuire al contratto, come precedentemente determinato, diminuito del tasso tecnico della tariffa pari al 2%, scontato per un anno al tasso tecnico predetto. Qualora tale valore risulti negativo, la misura annua di rivalutazione da attribuire sarà uguale a zero.

B) MODALITÀ DELLA RIVALUTAZIONE

Ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza, il contratto in pieno vigore

verrà rivalutato mediante aumento, a totale carico della Società, della riserva matematica costituitasi a tale epoca. Tale aumento viene determinato secondo la misura di rivalutazione fissata a norma del punto A.

Il capitale rivalutato ad un generico anniversario, sarà dato da un importo pari al capitale assicurato in vigore nell'anno precedente e rivalutato in base alla misura di rivalutazione di cui al precedente punto A.

In caso di contratto con prestazioni ridotte, il capitale rivalutato sarà determinato incrementando il capitale ridotto in vigore nel periodo annuale precedente, sulla base della misura di rivalutazione fissata, a norma del precedente punto A.

Gli aumenti del capitale assicurato verranno comunicati al Contraente in coincidenza dei singoli anniversari della data di decorrenza del contratto.

C) RIVALUTAZIONE DEL PREMIO

A fronte della rivalutazione del capitale assicurato, il premio relativo al Piano Vita dovuto all'anniversario di cui al precedente punto B, verrà aumentato nella stessa misura di rivalutazione del capitale di cui al punto A.

D) RIFIUTO E RIPRISTINO DELLA RIVALUTAZIONE DEL PREMIO

Ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza e con preavviso scritto di almeno tre mesi, il Contraente ha facoltà di chiedere che non venga effettuata la rivalutazione del premio.

Il rifiuto della rivalutazione del premio non pregiudica il diritto del Contraente di accettare successive rivalutazioni in misura completa.

Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio in scadenza ad un anniversario della data di decorrenza del contratto successivo al quinto, il capitale assicurato al precedente anniversario di decorrenza verrà rivalutato aggiungendo allo stesso:

1. un importo ottenuto moltiplicando il capitale iniziale riproporzionato, come appresso definito, per la misura annua di rivalutazione, stabilita a norma del punto A, e riducendo il prodotto nel rapporto tra il numero degli anni trascorsi dalla data di decorrenza ed il numero degli anni di durata contrattuale;
2. un ulteriore importo ottenuto moltiplicando la differenza fra il capitale assicurato nel periodo annuale precedente ed il capitale iniziale riproporzionato, per la misura della rivalutazione di cui al punto A.

Per capitale iniziale riproporzionato si intende il prodotto del capitale inizialmente assicurato per il rapporto fra l'ammontare del premio annuo netto dovuto nell'ultimo anno che precede l'anniversario considerato ed il premio annuo netto dovuto nel primo anno di assicurazione.

Qualora, infine, il Contraente si avvalga della facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio ad un anniversario della decorrenza del contratto anteriore al quinto non si farà luogo ad alcuna rivalutazione del capitale assicurato sino al quinto anniversario.

Le richieste di rifiuto e di ripristino della rivalutazione del premio dovranno essere effettuate a mezzo raccomandata A.R. indirizzata a:

ERGO Previdenza S.p.A.

Ufficio Gestione Tecnica Portafoglio Vita
Via R. Pampuri 13, 20141 Milano

almeno 90 giorni prima della ricorrenza annuale della polizza.

ART. 16 - RISCATTO

Dopo il pagamento di almeno tre annualità di premio il contratto, su esplicita richiesta del Contraente, è riscattabile.

L'importo liquidabile in caso di riscatto è pari al valore della prestazione ridotta in caso di vita scontata per il periodo di tempo che intercorre tra la data di richiesta del riscatto e quella di scadenza del contratto.

Il tasso annuo di sconto è del 3,50% nel caso in cui siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza del contratto e del 3,75% nel caso in cui gli anni trascorsi siano invece inferiori a cinque.

Qualora il valore di riscatto risulti superiore alla somma garantita in caso di morte dell'Assicurato alla data di sospensione del pagamento dei premi e rivalutata fino all'ultimo anniversario della decorrenza del contratto precedente la richiesta di riscatto, verrà immediatamente liquidato quest'ultimo importo, mentre la differenza verrà corrisposta alla scadenza del contratto, solo se vivente l'Assicurato a quell'epoca, rivalutata annualmente in base alla misura di rivalutazione di cui al punto A dell'Art. 15 - Clausola di rivalutazione.

ART. 17 - PRESTITI

Il Contraente, sui contratti al corrente con il pagamento dei premi e per i quali sia maturato il diritto al riscatto, può richiedere di ottenere prestiti alle condizioni indicate dalla Società all'atto della concessione, per un importo comunque non superiore al 90% del valore netto di riscatto.

ART. 18 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

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

Nel caso di pegno o vincolo, eventuali operazioni di riscatto o di recesso richiedono l'assenso scritto del titolare del diritto di pegno o del vincolo.

ART. 19 - OPZIONI ALLA SCADENZA CONTRATTUALE

La prestazione pagabile in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, potrà essere convertita in una delle seguenti forme:

a) una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile vita natural durante dell'Assicurato;

oppure

b) una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile in modo certo nei primi cinque o

dieci anni e, successivamente, finché l'Assicurato sarà in vita;

oppure

c) una rendita annua vitalizia rivalutabile su due teste, quella dell'Assicurato e quella di altra persona designata, reversibile totalmente o parzialmente sulla testa superstite.

L'ammontare della rendita erogabile verrà determinato in base all'età ed al sesso della testa reversionaria.

La misura e le modalità di rivalutazione della rendita di opzione verranno determinate all'atto della conversione del capitale in rendita.

La rendita annua vitalizia di opzione non potrà essere riscattata durante il periodo di godimento. I coefficienti per la conversione della prestazione in capitale nelle diverse forme di rendita saranno quelli in vigore al momento dell'esercizio dell'opzione e saranno comunicati a richiesta del Contraente.

La misura annua di rivalutazione della rendita sarà uguale al rendimento annuo lordo da attribuire al contratto come determinato all'Art. 15 punto A, diminuito dell'eventuale tasso tecnico della tariffa in vigore alla data dell'esercizio dell'opzione, già considerato nel calcolo della rendita iniziale, scontato per un anno al tasso tecnico predetto.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto, successiva alla data di conversione, la rendita assicurata alla ricorrenza precedente verrà rivalutata sulla base della misura di rivalutazione di cui sopra.

Ciascuna rivalutazione verrà applicata alle garanzie in essere, comprensive di quelle derivanti da eventuali precedenti rivalutazioni.

L'aumento della rendita garantita viene comunicato al Contraente in coincidenza dei singoli anniversari della data di decorrenza del contratto.

ART. 20 - MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Per la liquidazione di tutte le prestazioni dovranno essere preventivamente consegnati alla Società i seguenti documenti:

In caso di revoca o recesso:

- richiesta sottoscritta dal Contraente riportante il numero della proposta di assicurazione o, qualora il contratto sia già stato emesso, il numero di polizza, allegando l'originale e le eventuali appendici della stessa.
- coordinate bancarie IBAN (sigla paese, CIN Europa, CIN Italia, ABI, CAB, numero c/c) per le operazioni di accredito.

In caso di richiesta di concessione di prestito:

- richiesta sottoscritta dal Contraente;
- originale della polizza ed eventuali appendici;
- fotocopia fronte/retro di documento di riconoscimento valido;
- coordinate bancarie IBAN (sigla paese, CIN Europa, CIN Italia, ABI, CAB, numero c/c) per le operazioni di accredito.

In caso di riscatto:

- richiesta sottoscritta dal Contraente;

- originale di polizza ed eventuali appendici;
- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato nel caso sia diverso dal Contraente, ovvero autocertificazione;
- fotocopia fronte/retro di documento di riconoscimento valido;
- coordinate bancarie IBAN (sigla paese, CIN Europa, CIN Italia, ABI, CAB, numero c/c) per le operazioni di accredito.

In caso di decesso dell'Assicurato:

- richiesta sottoscritta dal Beneficiario;
- consenso all'utilizzo dei dati personali rilasciato da ciascun Beneficiario (D. Lgs. 196/2003) compilando l'allegato modello EP/EA 009;
- originale di polizza ed eventuali appendici;
- fotocopia fronte/retro di documento di riconoscimento valido, fotocopia del codice fiscale e coordinate bancarie IBAN (sigla paese, CIN Europa, CIN Italia, ABI, CAB, numero c/c) di ogni Beneficiario;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- cartella clinica attestante la data di insorgenza della patologia che ha causato il decesso;
- relazione del medico curante da redigersi sull'allegato modello EP 004;
- atto di notorietà che indichi i nominativi degli eredi legittimi qualora questi siano i Beneficiari della polizza e attesti la non esistenza di testamento; oppure copia autentica del testamento, se esistente, con atto di notorietà attestante che il testamento è l'ultimo fatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni;
- decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'Esercente la potestà parentale o il Tutore a riscuotere la prestazione in caso di Beneficiario minorenni o incapace, indicando anche le modalità di reimpiego di tale somma ed esonerando la Società da ogni responsabilità al riguardo;

Inoltre in caso di sinistro per infortunio o incidente stradale occorrono i seguenti documenti:

- copia del referto autoptico o dell'esame alcoolumetrico. In caso di mancata disposizione da parte dell'Autorità competente allegare documento attestante la mancata esecuzione;
- verbale dell'Autorità giudiziaria che ha rilevato la dinamica del sinistro.

In caso di richiesta di liquidazione per scadenza:

- richiesta sottoscritta dal Beneficiario;
- originale di polizza ed eventuali appendici;
- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato, ovvero autocertificazione;
- fotocopia fronte/retro di documento di riconoscimento valido e fotocopia codice fiscale del Beneficiario se diverso dal Contraente;
- coordinate bancarie IBAN (sigla paese, CIN Europa, CIN Italia, ABI, CAB, numero c/c) per le operazioni di accredito.

In caso di richiesta di esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente - Denuncia di invalidità:

- certificato del medico curante che riporti in modo particolareggiato la descrizione delle cause che hanno prodotto l'invalidità.

La Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario in relazione a specifiche esigenze di istruttoria o in conformità a nuove disposizioni di legge.

La Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa, da inviarsi mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata a:

ERGO Previdenza S.p.A.

Ufficio Gestione Tecnica Portafoglio Vita
Via R. Pampuri 13, 20141 Milano

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

Per la liquidazione di ogni somma assicurata dovuta la Società utilizza come unica modalità di pagamento il bonifico bancario.

ART. 21 - SMARRIMENTO DELL'ORIGINALE DEL DOCUMENTO DI POLIZZA

In caso di smarrimento, sottrazione o distruzione dell'originale del documento di polizza, gli aventi diritto devono darne comunicazione alla Società, a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a:

ERGO Previdenza S.p.A.

Ufficio Gestione Tecnica Portafoglio Vita
Via R. Pampuri 13, 20141 Milano

La Società provvederà al rilascio di un duplicato il cui costo è a carico degli aventi diritto.

ART. 22 - TASSE ED IMPOSTE

Eventuali tasse ed imposte relative al contratto sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

ART. 23 - FORO COMPETENTE

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

ART. 24 - PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di un anno che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere.

ART. 25 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire l'applicazione di una diversa legislazione, sulla quale comunque prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

GARANZIA COMPLEMENTARE ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

ART. 1 - PRESTAZIONI

Sui contratti al corrente con il versamento dei premi, qualora l'Assicurato, durante il periodo contrattuale, divenga invalido in modo totale e permanente, la Società esonererà il Contraente dal pagamento dei premi relativi alla Sezione I, scadenti successivamente alla data della denuncia dello stato di invalidità.

ART. 2 - DEFINIZIONI DI INVALIDITÀ TOTALE O PERMANENTE

Per "Invalidità Totale e Permanente" deve intendersi la perdita totale, definitiva e permanente da parte dell'Assicurato della capacità all'esercizio della professione o mestiere dichiarati alla Società o al momento della sottoscrizione della proposta, o nel momento in cui si verificasse una variazione professionale, che deve essere stata comunicata alla Società in data antecedente all'evento, nonché della capacità di svolgere ogni lavoro confacente alle sue attitudini e abitudini; qualora non pervenisse la comunicazione di una eventuale variazione professionale, la Società farà riferimento alla professione dichiarata nella proposta. L'invalidità totale e permanente deve essere conseguenza di ogni singola malattia organica sopravvenuta o di ogni singolo infortunio sopravvenuto, indipendenti dalla volontà dell'Assicurato, intervenuti successivamente alla data di conclusione o di riattivazione del contratto, 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.

I postumi residuati da ogni singolo evento di malattia o infortunio non possono essere cumulabili fra di loro.

ART. 3 - ESCLUSIONI

La Garanzia di cui alla presente assicurazione complementare non è operativa 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'Assicurato;
- a cause di guerra;
- abuso di alcool e/o uso di sostanze stupefacenti;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- la pratica di sport pericolosi (ad esempio paracadutismo, deltaplano, parapendio o altri sport aerei in genere, immersioni subacquee con o senza autorespiratore, alpinismo nelle sue varie forme, gare automobilistiche, regate veliche, speleologia, sport estremi nelle varie forme, ecc.) salvo che siano stati dichiarati all'atto della sottoscrizione della proposta o comunicati successivamente alla Società a mezzo raccomandata A.R., in

data antecedente all'evento, e che la Società stessa abbia comunicato per iscritto le condizioni per l'accettazione del rischio o le eventuali limitazioni.

ART. 4 - DENUNCIA DELL'INVALIDITÀ E OBBLIGHI RELATIVI

In caso di malattia o infortunio, il Contraente o chi per esso deve darne avviso, corredato da certificazione medica, eventuali cartelle cliniche e successivi controlli clinici e strumentali effettuati, con lettera raccomandata alla Società entro 60 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia o l'infortunio, per le loro caratteristiche e presumibili conseguenze, possano determinare una invalidità totale e permanente.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni garantite, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

Qualora la documentazione inviata non fosse esaustiva, la Società si riserva di sottoporre l'Assicurato ad accertamento medico-legale presso il nostro fiduciario. L'Assicurato deve altresì sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

ART. 5 - RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ

L'invalidità permanente e totale, quando riconosciuta, produce i suoi effetti dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui al precedente articolo. In caso di riconosciuta invalidità dell'Assicurato, questi ed il Contraente, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione complementare, hanno l'obbligo:

- di ragguagliare la Società circa il cambio del luogo di residenza dell'Assicurato;
- di fornire ogni notizia richiesta per accertare il permanere dell'invalidità e di comunicare in ogni caso l'intervenuta cessazione o le immutate condizioni dell'invalidità stessa;
- di consentire che la Società accerti, con medici di propria fiducia, a proprie spese, e non più di una volta all'anno, la persistenza dell'invalidità.

Fino a quando lo stato d'invalidità non sia stato definitivamente accertato, il Contraente deve continuare il pagamento dei premi relativi al Piano Vita; in caso contrario la copertura assicurativa rimarrà sospesa fino a quando sarà versato l'importo dei premi arretrati e degli interessi ed il Contraente avrà ricevuto ed eventualmente sottoscritto la relativa documentazione.

Accertata l'invalidità e la persistenza di essa, verrà invece restituito l'importo dei premi versati relativi al Piano Vita, scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità.

ART. 6 - CONTROVERSIA E COLLEGIO ARBITRALE

Trascorsi 180 giorni e non oltre 360 giorni dalla denuncia dell'evento invalidante, la Società 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. Il Contraente, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione con la quale la Società si è pronunciata sullo stato di invalidità totale e permanente, può avanzare richiesta di "perizia contrattuale" a mezzo lettera raccomandata da inviarsi

alla Società. 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'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle perizie contrattuali 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 dai periti nel verbale definitivo.

ART. 7 - PREMIO

Il premio di prima annualità è funzione dell'età dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto, ed è pari ad una percentuale del premio versato a copertura delle prestazioni in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del contratto e in caso di premorienza dello stesso. Tale percentuale è rappresentata nella tabella che segue:

età dell'Assicurato alla scadenza del contratto	percentuale	età dell'Assicurato alla scadenza del contratto	percentuale
fino a 60 anni	1,00%	63 anni	2,50%
61 anni	1,50%	64 anni	3,00%
62 anni	2,00%	65 anni	3,50%

ART. 8 - CESSAZIONE DELLO STATO DI INVALIDITÀ

Qualora venga accertata la cessazione dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, la Società notifica, con lettera raccomandata, sia al Contraente che all'Assicurato, la revoca dell'esenzione dal pagamento dei premi relativi al Piano Vita dalla data di cessazione dell'invalidità. In questo caso il Contraente, anche se ricorre alla decisione del Collegio arbitrale previsto dall'Art. 6, è nuovamente tenuto al pagamento dei premi, altrimenti ridiventano applicabili le disposizioni previste dal precedente Art. 7 relative al mancato pagamento dei premi.

ART. 9 - CESSAZIONE DELLA GARANZIA

In caso di annullamento o liberazione della polizza, la presente assicurazione complementare si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Società.

REGOLAMENTO DEL FONDO ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO

ART. 1

Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, denominata Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo".

ART. 2

Nel Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" confluiranno le attività relative alle forme di assicurazione sulla vita che prevedono l'apposita Clausola di Rivalutazione, per un importo non inferiore alle corrispondenti riserve matematiche. La gestione Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo con la circolare N. 71 del 26/03/1987 e si atterrà ad eventuali successive disposizioni.

A norma dell'Art. 29 comma 1 del D. Lgs. 174 del 17 marzo 1995, la Società potrà investire fino al 10% degli attivi a copertura delle riserve tecniche in azioni e altri valori negoziabili equiparabili ad azioni, buoni, obbligazioni e altri strumenti del mercato monetario e dei capitali di una stessa impresa, sempre che il valore dell'investimento non superi il 20% del capitale sociale della Società emittente.

L'alimento del Fondo avverrà con periodicità mensile, in corrispondenza del giorno 15 del mese di calendario.

ART. 3

La gestione del Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di revisione iscritta nell'Albo speciale tenuto dalla Consob ai sensi dell'Art. 8 del D.P.R. 31 marzo 1975, N. 136, la quale attesta la corrispondenza del Fondo al presente regolamento.

In particolare, sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite al Fondo, il rendimento annuo del Fondo descritto al successivo Art. 4 e l'adeguatezza di ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Società sulla base delle riserve matematiche.

ART. 4

Il rendimento annuo del Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo", per l'esercizio relativo alla certificazione, si ottiene rapportando il risultato finanziario del Fondo di competenza di quell'esercizio al valore medio del Fondo stesso mensilmente rilevato ed acquisito.

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

ART. 5

All'inizio di ogni mese viene determinato il rendimento medio della gestione Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo", realizzato nel periodo costituito dai dodici mesi

immediatamente precedenti, rapportando il risultato finanziario della stessa al valore medio degli investimenti della gestione Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo".

ART. 6

Per risultato finanziario del Fondo si devono intendere i proventi finanziari di competenza dell'esercizio, compresi gli utili e le perdite di realizzo, di competenza del Fondo, al lordo delle ritenute di acconto fiscali ed al netto delle spese specifiche degli investimenti. Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel Fondo, e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nel Fondo per i beni già di proprietà della Società.

ART. 7

La Società si riserva di apportare al precedente Art. 6 quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito di modifiche della vigente legislazione fiscale.

A TUTTO TONDO

NOTA INFORMATIVA
PIANO VITA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

A INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

ERGO Previdenza S.p.A., che ha Sede Legale e Direzione Generale in Italia, a Milano in via R. Pampuri 13, è una società di assicurazioni sulla vita, quotata alla Borsa Italiana S.p.A., controllata tramite ERGO Italia S.p.A. da ERGO Versicherungsgruppe A.G.

ERGO Previdenza S.p.A. è 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. 85).

Altre informazioni relative alla Società: telefono 848.880.880, sito internet www.ergoitalia.it, e-mail comunicazioni@ergoitalia.it.

Il bilancio della Società è annualmente sottoposto a certificazione da parte di KPMG S.p.A., Via Vittor Pisani 25, 20124 Milano, società di revisione iscritta nell'Albo speciale tenuto dalla Consob ai sensi dell'Art. 8 del D.P.R. 31 marzo 1975, n. 136⁽¹⁾.

2. Conflitto di interessi

La gestione degli attivi sottostanti il Fondo ERGO Previdenza Nuovo Secolo è delegata a MEAG - MUNICH ERGO Asset Management GmbH AG, soggetto facente parte del medesimo gruppo di appartenenza della Società.

Relativamente all'esercizio 2004, il peso percentuale degli investimenti in strumenti finanziari o altri attivi gestiti dal medesimo gruppo di appartenenza della Società è stato pari al 100%.

Relativamente alla situazione presente alla fine dell'esercizio 2004, il peso percentuale degli investimenti in strumenti finanziari o altri attivi emessi dal medesimo gruppo di appartenenza della Società era pari al 3,56% del portafoglio a copertura dei relativi impegni.

In ogni caso la Società, pur in presenza di conflitto di interessi, opera in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti.

B INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il presente contratto di assicurazione sulla vita è una mista combinata a premio annuo con rivalutazione annua del capitale e del premio (relativo al Piano Vita). La sua durata è stabilita all'atto della stipula dello stesso e deve essere compresa fra un minimo di dieci e un massimo di venti anni, fatti salvi il diritto di recesso di cui al punto 15 e il diritto di riscatto

⁽¹⁾ Abrogato e sostituito dall'Art. 161 del D. Lgs. 24 febbraio 1998, n. 58.

di cui al punto 13. In ogni caso, sono previsti i seguenti limiti di età dell'Assicurando:

- all'entrata in assicurazione: al momento della sottoscrizione del contratto l'età dell'Assicurato deve essere compresa tra i 18 ed i 55 anni;
- alla scadenza del contratto l'Assicurato può avere al massimo 65 anni.

Il presente contratto garantisce le prestazioni di seguito descritte:

PRESTAZIONE IN CASO DI VITA DELL'ASSICURATO A SCADENZA

Alla scadenza del contratto è prevista la liquidazione al Beneficiario designato in polizza di un capitale pari al capitale assicurato iniziale rivalutato annualmente secondo le modalità descritte al successivo punto 5.

Il capitale assicurato iniziale è determinato in funzione del tasso tecnico pari al 2% su base annua, del premio iniziale pattuito, della durata contrattuale prescelta, dell'età, del sesso e delle situazioni soggettive relative allo stato di salute ed alle abitudini di vita (ad es. sport, hobby, professione, ecc.) dell'Assicurato.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza, il contratto in pieno vigore verrà rivalutato mediante aumento, a totale carico della Società, della riserva matematica costituitasi a tale epoca. Le rivalutazioni del capitale restano acquisite in via definitiva.

Si precisa che una parte del premio versato dal contraente viene utilizzato dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto, quali premorienza dell'Assicurato e invalidità totale e permanente dello stesso. Di conseguenza il capitale liquidabile alla scadenza del contratto sarà il risultato della capitalizzazione dei premi versati al netto dei costi di cui al successivo punto 8.1.1 e delle predette parti di premio (nonchè del premio relativo alle coperture del Piano Danni di cui alla Sezione II).

PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO NEL CORSO DELLA DURATA CONTRATTUALE

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, verrà pagato ai Beneficiari designati un capitale di importo pari alla metà del capitale assicurato rivalutato fino all'ultimo anniversario di decorrenza del contratto precedente la data del decesso dell'Assicurato.

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

Qualora il contratto sia stato concluso senza visita medica, il capitale inizialmente assicurato in caso di decesso, anche derivante da una pluralità di rapporti assicurativi gestiti dalla Società, non potrà essere superiore a € 180.000,00.

Qualora il contratto venga assunto senza visita medica, il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto e lo stesso Assicurato abbia versato regolarmente i premi dovuti, la Società corrisponderà un importo pari alla riserva matematica.

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 Società non applicherà le limitazioni sopraindicate 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 punto A dell'Art. 7 Sezione I Condizioni di assicurazione) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Qualora il decesso dell'Assicurato 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. In suo luogo la Società corrisponderà una somma pari alla riserva matematica in vigore al momento del decesso. Resta inteso che, nel caso di riduzione, il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso morte. Anche a quest'ultima limitazione si applica quanto sopra stabilito qualora la polizza fosse stata emessa in sostituzione di uno o più contratti precedenti.

Se il decesso dell'Assicurato dovesse invece verificarsi, per la suddetta causa, dopo cinque anni dalla conclusione del contratto il capitale assicurato sarà comunque pagato.

Qualora l'Assicurato non abbia aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività e il decesso dell'Assicurato 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.

In suo luogo sarà corrisposta una somma pari alla riserva matematica in vigore al momento del decesso. Resta inteso che, nel caso di riduzione, il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso morte.

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

PRESTAZIONE COMPLEMENTARE ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE

Sui contratti al corrente con il versamento dei premi, qualora l'Assicurato, durante il periodo contrattuale, divenga invalido in modo totale e permanente, la Società esonererà il Contraente dal pagamento dei premi relativi alla Sezione I, scadenti successivamente alla data di accertamento dello stato di invalidità.

4. Premi

Le prestazioni assicurate di cui al punto 3 si acquisiscono previo versamento di premi annui anticipati rivalutabili, il cui ammontare iniziale maggiorato del premio relativo per la copertura obbligatoria del Piano Danni non potrà in ogni caso essere inferiore a € 1.000,00 né potrà essere superiore a € 5.000,00, al netto di eventuali diritti di frazionamento.

Il premio annuo inizialmente pattuito è determinato in funzione delle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età e al sesso dell'Assicurato, al tasso di interesse tecnico pari al 2% e alle situazioni soggettive relative allo stato di salute ed alle abitudini di vita (ad es. sport, hobby, professione, ecc.) dell'Assicurato.

Dopo il pagamento di almeno tre annualità di premio si acquisisce il diritto al riscatto del contratto nonché alla riduzione delle prestazioni. In caso di mancato pagamento di tale numero minimo di annualità di premio, trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio rimasta insoluta, si determina la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti dalla Società.

Il premio può essere corrisposto anche in rate subannuali (frazionamento semestrale o trimestrale). In tali casi è prevista una maggiorazione di costo di cui al successivo punto 8.1.1 determinata in funzione del frazionamento prescelto.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza, il premio dovuto a fronte delle prestazioni di cui al precedente punto 3 verrà rivalutato secondo la misura annua di rivalutazione fissata a norma del successivo punto 5.

Il Contraente ha facoltà ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza e con preavviso scritto di almeno tre mesi, di rifiutare la rivalutazione del premio.

Il rifiuto della rivalutazione del premio non pregiudica il diritto del Contraente di accettare successive rivalutazioni in misura completa.

Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio in scadenza ad un anniversario della data di decorrenza del contratto successivo al quinto, il capitale assicurato al precedente anniversario di decorrenza verrà rivalutato aggiungendo allo stesso:

1. un importo ottenuto moltiplicando il capitale iniziale riproporzionato, come di seguito definito, per la misura annua di rivalutazione, stabilita a norma del punto 5, e riducendo il prodotto nel rapporto tra il numero degli anni trascorsi dalla data di decorrenza ed il numero degli anni di durata contrattuale;
2. un ulteriore importo ottenuto moltiplicando la differenza fra il capitale assicurato al precedente anniversario di decorrenza ed il capitale iniziale riproporzionato, per la misura della rivalutazione di cui al successivo punto 5.

Per capitale iniziale riproporzionato si intende il prodotto del capitale inizialmente assicurato per il rapporto fra l'ammontare del premio annuo netto dovuto nell'ultimo anno che precede l'anniversario considerato ed il premio annuo netto dovuto nel primo anno di assicurazione.

Qualora, infine, il Contraente si avvalga della facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio ad un anniversario della decorrenza del contratto anteriore al quinto non si

farà luogo ad alcuna rivalutazione del capitale assicurato sino al quinto anniversario. Le richieste di rifiuto e di ripristino della rivalutazione del premio dovranno essere effettuate a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a:

ERGO Previdenza S.p.A.

Ufficio Gestione Tecnica Portafoglio Vita
Via R. Pampuri 13, 20141 Milano

almeno 90 giorni prima della ricorrenza annuale della polizza.

Il versamento del premio al perfezionamento del contratto deve essere effettuato mediante assegno bancario non trasferibile intestato a ERGO Previdenza S.p.A. o mediante bonifico bancario irrevocabile con valuta fissa per il Beneficiario uguale alla data di decorrenza della polizza sul C/C intestato a ERGO Previdenza S.p.A. presso la filiale della UniCredit Banca d'Impresa S.p.A., Via IX Maggio 22 - 37060 Nogarole Rocca (VR), sulle coordinate IBAN IT 46 C 03226 59620 000030029124, indicando nella causale il numero di proposta, cognome e nome del Contraente. Si segnala che, come riportato in proposta, il pagamento del premio di perfezionamento relativo alle garanzie del Piano Vita a mezzo bonifico bancario comporta analogo versamento relativo alle garanzie del Piano Danni sul corrispondente conto corrente, come riportato di seguito nella Sezione II.

Le rate di premio successive potranno essere versate mediante assegno bancario non trasferibile intestato a ERGO Previdenza S.p.A. a fronte di quietanze emesse dalla Direzione o mediante bonifico bancario irrevocabile con valuta fissa per il Beneficiario uguale all'anniversario della corrispondente data di decorrenza del contratto sul C/C intestato a ERGO Previdenza S.p.A. presso la filiale della UniCredit Banca d'Impresa S.p.A., Via IX Maggio 22 - 37060 Nogarole Rocca (VR), sulle coordinate IBAN IT 68 E 03226 59620 000030007726, indicando nella causale il numero di polizza, cognome e nome del Contraente.

In caso di pagamento a mezzo bonifico bancario, si rimanda alla Sezione II per l'evidenza delle differenti coordinate bancarie ove accreditare il premio relativo alle garanzie del Piano Danni.

La Società si riserva la facoltà di introdurre modalità di pagamento alternative dandone avviso al Contraente. A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio. È ammessa una dilazione di 30 giorni senza oneri di interessi. Decorso tale termine, gli obblighi della Società sono sospesi.

Il pagamento delle rate di premio successive alla prima potrà avvenire anche mediante RID su conto corrente bancario intestato al Contraente che dovrà necessariamente essere persona fisica.

In caso di chiusura del conto corrente bancario di cui sopra, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata A.R. almeno 60 giorni prima della scadenza della rata di premio successiva alla chiusura del conto corrente stesso, comunicando le nuove coordinate bancarie IBAN. Qualora ciò non

avvenga, il versamento delle rate di premio successive, fino al momento dell'attivazione del RID sul nuovo conto corrente, dovrà avvenire con le modalità precedentemente illustrate. Si rammenta che, in caso di pagamento mediante RID, per il premio delle coperture del Piano Danni dovrà essere analogamente attivata un'ulteriore procedura di addebito automatico.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

La presente forma assicurativa è collegata ad una specifica gestione patrimoniale, denominata Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo", separata dalle altre attività della Società, disciplinata da apposito regolamento riportato nel contratto e certificata da una società di revisione contabile iscritta all'albo di cui all'Art. 161 del D. Lgs. 24 febbraio 1998, N. 58. Per maggiori informazioni, si rinvia alla successiva Sezione C della Nota Informativa.

Il rendimento della gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" utilizzato ai fini del calcolo del rendimento annuo da attribuire alla polizza è quello conseguito nei dodici mesi che precedono l'inizio del terzo mese antecedente quello nel quale cade l'anniversario di decorrenza della polizza.

Il rendimento annuo lordo da attribuire al contratto si ottiene moltiplicando il rendimento di cui all'Art. 5 del regolamento della gestione separata "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" per l'aliquota di retrocessione fissata di anno in anno. L'aliquota non risulterà comunque inferiore all'80%.

Qualora la differenza fra il rendimento della gestione e il rendimento annuo lordo da attribuire al contratto determinato in base alla suddetta aliquota risulti inferiore all'1%, il rendimento lordo da attribuire al contratto verrà determinato sottraendo dal rendimento della gestione la predetta aliquota dell'1%.

La misura annua di rivalutazione attribuita al contratto è pari al rendimento annuo lordo da attribuire al contratto, come precedentemente determinato, diminuito del tasso tecnico della tariffa pari al 2%, scontato per un anno al tasso tecnico predetto. Qualora tale valore risulti negativo, la misura annua di rivalutazione da attribuire sarà uguale a zero.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza, il contratto in pieno vigore verrà rivalutato mediante aumento, a totale carico della Società, della riserva matematica costituitasi a tale epoca. Tale aumento, salvo richiesta di rifiuto della rivalutazione del premio annuo, coincide con la misura annua di rivalutazione determinata come sopra indicato.

In caso di contratto con prestazioni ridotte, il capitale rivalutato sarà determinato incrementando il capitale ridotto in vigore nel periodo annuale precedente, sulla base della misura di rivalutazione determinata come sopra indicato.

Allo scopo di illustrare gli effetti del meccanismo di rivalutazione delle prestazioni, si rinvia alla successiva Sezione F della presente Nota Informativa contenente il Progetto esemplificativo di sviluppo dei premi, delle prestazioni assicurate e dei valori di riscatto.

6. Opzioni di contratto

La prestazione pagabile in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, potrà essere convertita in una delle seguenti forme:

- a) una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile vita natural durante dell'Assicurato;
oppure
- b) una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile in modo certo nei primi cinque o dieci anni e, successivamente, finché l'Assicurato sarà in vita;
oppure
- c) una rendita annua vitalizia rivalutabile su due teste, quella dell'Assicurato e quella di altra persona designata, reversibile totalmente o parzialmente sulla testa superstite.
L'ammontare della rendita erogabile verrà determinato in base all'età ed al sesso della testa reversionaria.

La misura e le modalità di rivalutazione della rendita di opzione verranno determinate all'atto della conversione del capitale in rendita.

La rendita annua vitalizia di opzione non potrà essere riscattata durante il periodo di godimento. I coefficienti per la conversione della prestazione in capitale nelle diverse forme di rendita saranno quelli in vigore al momento dell'esercizio dell'opzione e saranno comunicati a richiesta del Contraente.

La misura annua di rivalutazione della rendita sarà uguale al rendimento annuo lordo da attribuire al contratto come determinato al precedente punto 5, diminuito dell'eventuale tasso tecnico della tariffa in vigore alla data dell'esercizio dell'opzione, già considerato nel calcolo della rendita iniziale, scontato per un anno al tasso tecnico predetto.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto, successiva alla data di conversione, la rendita assicurata alla ricorrenza precedente verrà rivalutata sulla base della misura di rivalutazione di cui sopra.

Ciascuna rivalutazione verrà applicata alle garanzie in essere, comprensive di quelle derivanti da eventuali precedenti rivalutazioni.

L'aumento della rendita garantita viene comunicato al Contraente in coincidenza dei singoli anniversari della data di decorrenza del contratto.

C INFORMAZIONI SULLA GESTIONE INTERNA SEPARATA

7. Gestione interna separata

La presente forma assicurativa è collegata ad una specifica gestione patrimoniale, denominata Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo", separata dalle altre attività della Società, disciplinata da apposito regolamento riportato nel contratto e certificata da una società di revisione contabile iscritta all'albo di cui all'Art. 8 del D.P.R. 31 marzo 1975, n. 136^[2].

Il Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" è un fondo a gestione separata conforme alla norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse

^[2] Abrogato e sostituito dall'Art. 161 del D. Lgs. 24 febbraio 1998, n. 58.

Collettivo con la circolare n. 71 del 26/03/1987 e successive modifiche e integrazioni e si atterrà ad eventuali successive disposizioni.

La valuta di denominazione del Fondo è l'Euro.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza, il contratto verrà rivalutato mediante aumento a totale carico della Società della riserva matematica costituitasi a tale epoca. La Società riconosce annualmente un tasso tecnico precontato pari al 2%.

Il rendimento della gestione separata Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" utilizzato ai fini del calcolo del rendimento annuo da attribuire alla polizza è quello conseguito nei dodici mesi che precedono l'inizio del terzo mese antecedente quello nel quale cade l'anniversario di decorrenza della polizza.

Nel Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" confluiranno le attività relative alle forme di assicurazione sulla vita che prevedono l'apposita Clausola di Rivalutazione, per un importo non inferiore alle corrispondenti riserve matematiche.

A norma dell'Art. 29 comma 1 del D. Lgs. 174 del 17 marzo 1995, la Società potrà investire fino al 10% degli attivi a copertura delle riserve tecniche in azioni e altri valori negoziabili equiparabili ad azioni, buoni, obbligazioni e altri strumenti del mercato monetario e dei capitali di una stessa impresa, sempre che il valore dell'investimento non superi il 20% del capitale sociale della società emittente.

Relativamente alla situazione presente alla fine dell'esercizio 2004, il peso percentuale degli investimenti in strumenti finanziari o altri attivi emessi dal medesimo gruppo di appartenenza della Società era pari al 3,56% del portafoglio a copertura dei relativi impegni.

Relativamente all'esercizio 2004, il peso percentuale degli investimenti in strumenti finanziari o altri attivi gestiti dal medesimo gruppo di appartenenza della Società è stato pari al 100%. La gestione separata Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" è caratterizzata da un elevato grado di qualità creditizia dei propri attivi. Tale attitudine è provata dall'elevato rating medio che caratterizza il Portafoglio. Per quanto riguarda le scelte di allocazione degli attivi, il portafoglio è ispirato a criteri di prudenza essendo investito principalmente in obbligazioni emesse da Stati e Organismi Internazionali e da obbligazioni societarie ad alto merito di credito; è prevista altresì una limitata componente azionaria relativa ai principali mercati azionari mondiali.

La scadenza media degli attivi in portafoglio è coerente con il profilo temporale degli impegni assunti dalla Società.

La gestione degli attivi sottostanti il Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" è delegata a MEAG - MUNICH ERGO Asset Management GmbH AG, soggetto facente parte del medesimo gruppo di appartenenza della Società.

La gestione del Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" è annualmente sottoposta a certificazione da parte di KPMG, società di revisione iscritta nell'Albo speciale tenuto dalla Consob ai sensi dell'Art. 8 del D.P.R. 31 marzo 1975, n. 136⁽³⁾, la quale attesta la corrispondenza del Fondo al regolamento dello stesso.

Per maggiori informazioni, si rinvia al Regolamento del Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" che forma parte integrante delle condizioni contrattuali.

⁽³⁾ Abrogato e sostituito dall'Art. 161 del D. Lgs. 24 febbraio 1998, n. 58.

D INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

8. Costi

8.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

8.1.1 Costi gravanti sul premio

La Società, relativamente a ciascun contratto, sostiene costi di emissione, acquisizione, incasso e gestione. In particolare, i costi per l'emissione del contratto sostenuti dalla Società sono quantificati in € 50,00.

Su ciascun premio annuo gravano dunque costi di acquisizione, di incasso e di gestione del contratto.

Tali costi vengono detratti dal premio versato al netto della parte relativa alle coperture del Piano Danni nonché del costo dell'assicurazione complementare del Piano Vita e sono correlati all'effettivo ammontare dello stesso:

- Costo fisso annuo: **€ 25,00**
- Caricamento in percentuale del premio già al netto del costo fisso di cui sopra, variabile in funzione della durata prescelta:

durata prescelta	caricamento percentuale	durata prescelta	caricamento percentuale
10	11,0%	16	11,6%
11	11,1%	17	11,7%
12	11,2%	18	11,8%
13	11,3%	19	11,9%
14	11,4%	20	12,0%
15	11,5%	-	-

Il premio annuo può essere corrisposto anche in rate subannuali (frazionamento semestrale o trimestrale). In tali casi la maggiorazione di costo da applicarsi alla parte di premio relativa al Piano Vita è la seguente:

frazionamento	maggiorazione percentuale
semestrale	3,0%
trimestrale	4,5%

8.1.2 Costi per riscatto

Dopo il pagamento di tre annualità di premio il contratto, su esplicita richiesta del Contraente, è riscattabile.

L'importo liquidabile in caso di riscatto è pari al valore della prestazione ridotta in caso di vita scontata per il periodo di tempo che intercorre tra la data di richiesta del riscatto e quella di scadenza del contratto.

Il tasso annuo di sconto è del 3,50% nel caso in cui siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza del contratto e del 3,75% nel caso in cui gli anni trascorsi

siano invece inferiori a cinque. Per una corretta valutazione dei costi di riscatto è necessario considerare che i valori percentuali di riduzione della prestazione sotto riportati comprendono anche il recupero del beneficio finanziario annuo (tasso tecnico) precontato alla stipula del contratto e riportato nell'ultima colonna della tabella (la presente tariffa prevede un tasso tecnico precontato pari al 2% annuo e per tutta la durata del contratto, come indicato nel precedente punto 5). L'effettiva incidenza dei costi di riscatto, pertanto, è data dalla differenza tra la percentuale di riduzione della prestazione riferita alla durata contrattuale ed agli anni mancanti alla scadenza del contratto e la percentuale di rendimento precontato da dedurre riportato nell'ultima colonna riferita agli anni mancanti alla detta scadenza.

durata residua	DURATA CONTRATTUALE												Rendimento finanziario precontato
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
	% riduzione prestazione												
1	3,38%	3,38%	3,38%	3,38%	3,38%	3,38%	3,38%	3,38%	3,38%	3,38%	3,38%	3,38%	1,96%
2	6,65%	6,65%	6,65%	6,65%	6,65%	6,65%	6,65%	6,65%	6,65%	6,65%	6,65%	6,65%	3,88%
3	9,81%	9,81%	9,81%	9,81%	9,81%	9,81%	9,81%	9,81%	9,81%	9,81%	9,81%	9,81%	5,77%
4	12,86%	12,86%	12,86%	12,86%	12,86%	12,86%	12,86%	12,86%	12,86%	12,86%	12,86%	12,86%	7,62%
5	15,80%	15,80%	15,80%	15,80%	15,80%	15,80%	15,80%	15,80%	15,80%	15,80%	15,80%	15,80%	9,43%
6	19,82%	18,65%	18,65%	18,65%	18,65%	18,65%	18,65%	18,65%	18,65%	18,65%	18,65%	18,65%	11,20%
7	22,72%	22,72%	21,40%	21,40%	21,40%	21,40%	21,40%	21,40%	21,40%	21,40%	21,40%	21,40%	12,94%
8		25,51%	25,51%	24,06%	24,06%	24,06%	24,06%	24,06%	24,06%	24,06%	24,06%	24,06%	14,65%
9			28,20%	28,20%	26,63%	26,63%	26,63%	26,63%	26,63%	26,63%	26,63%	26,63%	16,32%
10				30,80%	30,80%	29,11%	29,11%	29,11%	29,11%	29,11%	29,11%	29,11%	17,97%
11					33,30%	33,30%	31,51%	31,51%	31,51%	31,51%	31,51%	31,51%	19,57%
12						35,71%	35,71%	33,82%	33,82%	33,82%	33,82%	33,82%	21,15%
13							38,03%	38,03%	36,06%	36,06%	36,06%	36,06%	22,70%
14								40,27%	40,27%	38,22%	38,22%	38,22%	24,21%
15									42,43%	42,43%	40,31%	40,31%	25,70%
16										44,51%	44,51%	44,51%	27,16%
17											46,52%	46,52%	28,58%

8.2 Costi applicati mediante prelievo sul rendimento della gestione

Dal rendimento annuo conseguito dalla gestione separata Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" verrà trattenuta una percentuale. Tale rendimento trattenuto non potrà essere inferiore al minimo previsto, come indicato nella seguente tabella:

percentuale del rendimento annuo trattenuto	minimo trattenuto dal rendimento annuo
20%	1,0%

Nel corso dell'esercizio 2004, sono stati prelevati direttamente dai proventi della gestione separata Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" costi di transazione e certificazione pari allo 0,05%.

9. Misure e modalità di eventuali sconti

In relazione al presente contratto non sono previsti sconti.

10. Regime fiscale

Regime fiscale dei premi

I premi dei contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Invece i premi delle assicurazioni per i rischi di danni alla persona sono soggetti all'imposta del 2,5%.

Detraibilità e deducibilità fiscale dei premi

Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente non inferiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, a condizione che l'Assicurato sia lo stesso Contraente o persona fisicamente a suo carico, i premi danno diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato dal Contraente ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

Se solo una componente del premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente, che viene appositamente indicata dalla Società.

L'importo annuo complessivo sul quale calcolare la detrazione non può superare € 1.291,14. Concorrono alla formazione di tale importo anche i premi delle assicurazioni vita o infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione di imposta.

Regime fiscale delle somme corrisposte

Le somme corrisposte in caso di morte o di invalidità permanente, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, sono esenti dall'IRPEF.

Le somme corrisposte in forma di capitale, limitatamente alla parte corrispondente alla differenza tra l'ammontare percepito ed i premi pagati (al netto dell'eventuale componente indicata dalla Società per le coperture di rischio), costituiscono reddito soggetto ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi nella misura del 12,5%.

E ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

11. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto è concluso dal momento in cui il Contraente ha ricevuto il documento originale di polizza o l'accettazione scritta della Società e produce i propri effetti dalla data di decorrenza pattuita e indicata nella proposta, sempre che sia stato effettuato il versamento del premio.

12. Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi

È facoltà del Contraente risolvere anticipatamente il contratto sospendendo il pagamento dei premi, con i seguenti effetti:

- a) In caso di mancato pagamento di un numero minimo di tre annualità di premio, trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio rimasta insoluta, il contratto si scioglie ed i premi versati restano acquisiti dalla Società.

b) Dopo il pagamento di almeno tre annualità di premio si acquisisce il diritto al riconoscimento del valore di riscatto calcolato secondo le condizioni contrattuali. Nel caso di esercizio della facoltà di riscatto, il contratto si estingue.

Dopo il pagamento di almeno tre annualità di premio è data altresì facoltà al Contraente di sospendere il versamento dei premi pur mantenendo in vigore il contratto fino alla scadenza dello stesso per una prestazione assicurata ridotta.

Entro 12 mesi dall'interruzione del versamento dei premi è comunque consentito richiedere il ripristino delle prestazioni riguardanti il Piano Vita (riattivazione).

La riattivazione può avvenire esclusivamente dietro richiesta scritta da parte del Contraente ed accettazione nella stessa forma da parte della Società, subordinata, qualora siano trascorsi sei mesi dalla prima rata insoluta, ad una preventiva verifica delle condizioni di salute dichiarate dall'Assicurato nell'apposito modulo EP 054 in allegato.

La richiesta di riattivazione delle prestazioni riguardanti il Piano Vita dovrà essere effettuata a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a:

ERGO Previdenza S.p.A.

Ufficio Gestione Tecnica Portafoglio Vita
Via R. Pampuri 13, 20141 Milano

La Società può condizionare la riattivazione alla produzione di nuova documentazione sanitaria.

La riattivazione è condizionata al pagamento di tutti i premi arretrati relativi al Piano Vita, debitamente rivalutati, aumentati degli interessi calcolati sulla base del tasso annuo di riattivazione nonché in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione. Si precisa, in particolare che non è possibile riprendere il pagamento dei premi relativi alle prestazioni di cui alla Sezione II del presente contratto.

Per tasso annuo di riattivazione si intende il tasso che si ottiene sommando tre punti alla misura percentuale della rivalutazione applicata al contratto (come definita al precedente punto 5 all'inizio dell'anno assicurativo al quale ciascuna rata arretrata si riferisce, con un minimo del tasso legale di interesse.

La riattivazione del contratto di cui alla Sezione I, risolto o ridotto per mancato pagamento dei premi, effettuata nei termini di cui ai precedenti commi, ripristina le prestazioni assicurate riguardante il Piano Vita ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

In ogni caso di riattivazione, le prestazioni riguardanti il Piano Vita vengono ripristinate dalle ore 24 del giorno di versamento dell'intero importo dovuto.

13. Riscatto e riduzione

È facoltà del Contraente sospendere il versamento dei premi.

Se il numero di annualità di premio corrisposte è inferiore a tre, trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio rimasta insoluta, il contratto si scioglie ed i premi versati restano acquisiti dalla Società.

Se il numero di annualità di premio corrisposte è almeno pari a tre, sospendendo il versamento dei premi il Contraente ha diritto:

- a riscuotere il valore del riscatto determinato in conformità a quanto previsto dalle condizioni contrattuali; in tal caso il contratto si estingue definitivamente

oppure

- a mantenere in vigore il contratto per una prestazione ridotta come di seguito definita.

Il capitale ridotto, da corrispondersi in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto, si determina moltiplicando il capitale assicurato, quale risulta rivalutato all'anniversario che precede la data di scadenza della prima rata di premio non pagata, per il coefficiente di riduzione di seguito definito.

Il coefficiente di riduzione di cui sopra è uguale al rapporto tra il numero dei premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni dello stesso, ed il numero dei premi annui pattuiti.

La prestazione ridotta verrà rivalutata nella misura prevista al punto 5, ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto che coincida o sia successivo alla data di sospensione del pagamento dei premi.

In caso di morte dell'Assicurato, entro il termine di differimento, verrà corrisposto un importo pari alla metà del capitale ridotto in vigore alla ricorrenza annuale che precede la data di decesso.

L'importo liquidabile in caso di riscatto è pari al valore della prestazione ridotta scontata per il periodo di tempo che intercorre tra la data di richiesta del riscatto e quella del termine del differimento; il tasso annuo di sconto è del 3,50% nel caso in cui siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza del contratto e del 3,75% nel caso in cui gli anni trascorsi siano invece inferiori a cinque. Qualora il valore di riscatto risulti superiore alla somma garantita in caso di morte dell'Assicurato alla data di sospensione del pagamento dei premi e rivalutata fino all'ultimo anniversario della decorrenza del contratto precedente la richiesta di riscatto, viene immediatamente liquidato quest'ultimo importo, mentre la differenza verrà corrisposta alla scadenza del contratto, solo se vivente l'Assicurato a quell'epoca, rivalutata annualmente in base a quanto previsto al punto 5.

Il Contraente può richiedere la liquidazione del valore di riscatto inoltrando la richiesta alla Società mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata a:

ERGO Previdenza S.p.A.

Ufficio Gestione Tecnica Portafoglio Vita

Via R. Pampuri 13, 20141 Milano

telefono 848.880.880 - fax 02/57443393 - email ufficio.riscatti@ergoitalia.it

In alternativa all'interruzione del contratto, solo sui contratti al corrente con il pagamento dei premi e per i quali sia maturato il diritto al riscatto, è data facoltà di ottenere una somma a titolo di prestito per un importo comunque non superiore al 90% del valore netto di riscatto.

Esiste la possibilità che il valore di riscatto sia inferiore ai premi versati.

Si rinvia al Progetto esemplificativo di cui alla Sezione F della presente Nota Informativa per l'illustrazione esemplificativa della evoluzione dei valori di riscatto e di riduzione.

14. Revoca della proposta

Il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta fino a quando il contratto non è concluso, mediante comunicazione scritta con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, indirizzata a:

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

In tal caso, la Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca della proposta, rimborserà al Contraente il premio da questi corrisposto, senza trattenuta alcuna, mediante bonifico bancario sulle coordinate IBAN che il Contraente stesso dovrà indicare all'atto di comunicazione della revoca.

15. Diritto di recesso

Il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso, mediante comunicazione scritta con lettera raccomandata A.R., indirizzata a:

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

allegando alla comunicazione di recesso l'originale di polizza e le eventuali appendici, qualora ne sia già in possesso, oltre all'indicazione delle proprie coordinate bancarie IBAN. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente, mediante bonifico bancario, il premio da questi corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute di cui al punto 8.1.1.

La comunicazione del recesso libera le parti da qualunque obbligo derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata di cui sopra.

16. Documentazione da consegnare all'Impresa per la liquidazione delle prestazioni

Per la liquidazione di tutte le prestazioni dovrà essere preventivamente consegnata alla Società la documentazione indicata all'Art. 20 delle Condizioni di assicurazione, Sezione I.

La Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario in relazione a specifiche esigenze di istruttoria o in conformità a nuove disposizioni di legge.

La Società esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa, da inviarsi mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata a:

ERGO Previdenza S.p.A.

Ufficio Gestione Tecnica Portafoglio Vita
Via R. Pampuri 13, 20141 Milano

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto. Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di un anno che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere.

17. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire l'applicazione di una diversa legislazione, sulla quale comunque prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

18. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto ed ogni documento ad esso allegato sono redatti in lingua italiana. Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella utilizzabile.

19. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

ERGO Previdenza S.p.A.

Ufficio Gestione Tecnica Portafoglio Vita
Via R. Pampuri 13, 20141 Milano
fax 02/57308581 - email reclami_ergoprev@ergoitalia.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

20. Ulteriore informativa disponibile

Fino al momento della conclusione del contratto, la Società si impegna a consegnare al Contraente, su richiesta dello stesso, l'ultimo rendiconto annuale della gestione separata Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" e l'ultimo prospetto riportante la composizione della gestione stessa.

Gli stessi documenti, saranno in ogni caso disponibili sul sito internet della Società alla pagina www.ergoitalia.it.

21. Informativa in corso di contratto

La Società comunicherà tempestivamente al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota informativa o nel Regolamento della gestione interna separata, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

La Società trasmetterà annualmente al Contraente, entro sessanta giorni dall'anniversario di decorrenza del contratto, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa contenente le seguenti informazioni minimali:

- a) cumulo dei premi versati dal perfezionamento del contratto alla data di riferimento dell'estratto conto precedente e valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto precedente;
- b) dettaglio dei premi versati nell'anno di riferimento, con evidenza di eventuali premi in arretrato ed un'avvertenza sugli effetti derivanti dal mancato pagamento;
- c) valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto;
- d) valore di riscatto maturato alla data di riferimento dell'estratto conto;
- e) tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione; aliquota di retrocessione del rendimento riconosciuta; tasso annuo di rendimento retrocesso con evidenza del rendimento minimo trattenuto dalla Società, tasso annuo di rivalutazione delle prestazioni.

22. Comunicazioni del Contraente alla Società

Ai sensi dell'Art. 1926 del Codice Civile, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società ogni modifica di professione dell'Assicurato eventualmente intervenuta in corso di contratto.

F PROGETTO ESEMPLIFICATIVO DELLE PRESTAZIONI

La presente elaborazione costituisce una esemplificazione dello sviluppo dei premi, delle prestazioni assicurate e dei valori di riduzione e di riscatto previsti dal contratto. L'elaborazione viene effettuata in base ad una predefinita combinazione di premio, durata, periodicità di versamenti, sesso ed età dell'Assicurato.

Gli sviluppi delle prestazioni rivalutate e dei valori di riduzione e di riscatto di seguito riportati sono calcolati sulla base di due diversi valori:

- a) il tasso di rendimento minimo garantito contrattualmente;
- b) una ipotesi di rendimento annuo costante stabilito dall'ISVAP e pari, al momento di redazione del presente progetto, al 4,0% con un'aliquota di retrocessione dell'80% e un'aliquota trattenuta dalla Società pari all'1,0%. La conseguente misura di rivalutazione è ottenuta detrando il tasso tecnico della tariffa pari al 2% e scontato per un anno al tasso tecnico predetto.

I valori sviluppati in base al tasso minimo garantito rappresentano le prestazioni certe che la Società è tenuta a corrispondere, laddove il contratto sia in regola con il

versamento dei premi, in base alle Condizioni di polizza e non tengono pertanto conto di ipotesi su future partecipazioni agli utili. I valori sviluppati in base al tasso di rendimento stabilito dall'ISVAP sono meramente indicativi e non impegnano in alcun modo la Società. Non vi è infatti nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente. I risultati conseguibili dalla gestione degli investimenti potrebbero discostarsi dalle ipotesi di rendimento impiegate.

SVILUPPO DEI PREMI, DELLE PRESTAZIONI E DEI VALORI DI RIDUZIONE E DI RISCOATTO IN BASE A:

1A) TASSO DI RENDIMENTO MINIMO GARANTITO

- Tasso di rendimento minimo garantito:	0%	- Premio annuo lordo iniziale	€ 1.000,00
- Età dell'Assicurato:	35 anni	di cui premio Piano Vita:	€ 830,00
- Durata:	20 anni		
- Sesso dell'Assicurato:	Maschio	di cui premio prestazione obbligatoria Piano Danni:	€ 170,00
- Tasso tecnico:	2%		
- Frazionamento del premio	annuale		

Anni trascorsi	Premio annuo Piano Vita	Cumulo dei premi annui Piano Vita	Capitale assicurato alla fine dell'anno	Capitale assicurato in caso di morte a fine anno	Interruzione del pagamento dei premi				
					Valore di riscatto a fine anno		Capitale ridotto alla fine dell'anno	Capitale ridotto a scadenza	Capitale ridotto in caso di morte alla fine dell'anno
					Importo liquidabile alla richiesta di riscatto	Importo liquidabile in caso di vita a scadenza			
1	830,00	830,00	17.487,84	8.743,92					
2	830,00	1.660,00	17.487,84	8.743,92					
3	830,00	2.490,00	17.487,84	8.743,92	1.402,91		2.623,18	2.623,18	1.311,59
4	830,00	3.320,00	17.487,84	8.743,92	1.940,69		3.497,57	3.497,57	1.748,78
5	830,00	4.150,00	17.487,84	8.743,92	2.609,58		4.371,96	4.371,96	2.185,98
6	830,00	4.980,00	17.487,84	8.743,92	3.241,10		5.246,35	5.246,35	2.623,18
7	830,00	5.810,00	17.487,84	8.743,92	3.913,63		6.120,74	6.120,74	3.060,37
8	830,00	6.640,00	17.487,84	8.743,92	4.629,26		6.995,14	6.995,14	3.497,57
9	830,00	7.470,00	17.487,84	8.743,92	5.390,20		7.869,53	7.869,53	3.934,76
10	830,00	8.300,00	17.487,84	8.743,92	6.198,73		8.743,92	8.743,92	4.371,96
11	830,00	9.130,00	17.487,84	8.743,92	7.057,25		9.618,31	9.618,31	4.809,16
12	830,00	9.960,00	17.487,84	8.743,92	7.968,28		10.492,70	10.492,70	5.246,35
13	830,00	10.790,00	17.487,84	8.743,92	8.743,92	190,51	11.367,10	11.367,10	5.683,55
14	830,00	11.620,00	17.487,84	8.743,92	8.743,92	1.214,54	12.241,49	12.241,49	6.120,74
15	830,00	12.450,00	17.487,84	8.743,92	8.743,92	2.299,30	13.115,88	13.115,88	6.557,94
16	830,00	13.280,00	17.487,84	8.743,92	8.743,92	3.447,79	13.990,27	13.990,27	6.995,14
17	830,00	14.110,00	17.487,84	8.743,92	8.743,92	4.663,16	14.864,66	14.864,66	7.432,33
18	830,00	14.940,00	17.487,84	8.743,92	8.743,92	5.948,66	15.739,06	15.739,06	7.869,53
19	830,00	15.770,00	17.487,84	8.743,92	8.743,92	7.307,72	16.613,45	16.613,45	8.306,72
20	830,00	16.600,00	17.487,84	8.743,92	8.743,92	8.743,92	17.487,84	17.487,84	8.743,92

L'operazione di riscatto comporta una penalizzazione economica. Come si evince dalla tabella, il recupero dei premi versati potrà avvenire, sulla base del tasso di rendimento minimo contrattualmente garantito, dopo il pagamento di tutte le annualità previste.

2A) TASSO DI RENDIMENTO MINIMO GARANTITO

- Tasso di rendimento minimo garantito:	0%	- Premio annuo lordo iniziale	€ 1.000,00
- Et� dell'Assicurato:	35 anni	di cui premio Piano Vita:	€ 830,00
- Durata:	20 anni		
- Sesso dell'Assicurato:	Femmina	di cui premio prestazione obbligatoria Piano Danni:	€ 170,00
- Tasso tecnico:	2%		
- Frazionamento del premio	annuale		

Anni trascorsi	Premio annuo Piano Vita	Cumulo dei premi annui Piano Vita	Capitale assicurato alla fine dell'anno	Capitale assicurato in caso di morte a fine anno	Interruzione del pagamento dei premi				
					Valore di riscatto a fine anno		Capitale ridotto alla fine dell'anno	Capitale ridotto a scadenza	Capitale ridotto in caso di morte alla fine dell'anno
					Importo liquidabile alla richiesta di riscatto	Importo liquidabile in caso di vita a scadenza			
1	830,00	830,00	17.430,44	8.715,22					
2	830,00	1.660,00	17.430,44	8.715,22					
3	830,00	2.490,00	17.430,44	8.715,22	1.398,30		2.614,57	2.614,57	1.307,28
4	830,00	3.320,00	17.430,44	8.715,22	1.934,32		3.486,09	3.486,09	1.743,04
5	830,00	4.150,00	17.430,44	8.715,22	2.601,02		4.357,61	4.357,61	2.178,81
6	830,00	4.980,00	17.430,44	8.715,22	3.230,46		5.229,13	5.229,13	2.614,57
7	830,00	5.810,00	17.430,44	8.715,22	3.900,78		6.100,65	6.100,65	3.050,33
8	830,00	6.640,00	17.430,44	8.715,22	4.614,07		6.972,18	6.972,18	3.486,09
9	830,00	7.470,00	17.430,44	8.715,22	5.372,51		7.843,70	7.843,70	3.921,85
10	830,00	8.300,00	17.430,44	8.715,22	6.178,38		8.715,22	8.715,22	4.357,61
11	830,00	9.130,00	17.430,44	8.715,22	7.034,09		9.586,74	9.586,74	4.793,37
12	830,00	9.960,00	17.430,44	8.715,22	7.942,13		10.458,26	10.458,26	5.229,13
13	830,00	10.790,00	17.430,44	8.715,22	8.715,22	189,89	11.329,79	11.329,79	5.664,89
14	830,00	11.620,00	17.430,44	8.715,22	8.715,22	1.210,55	12.201,31	12.201,31	6.100,65
15	830,00	12.450,00	17.430,44	8.715,22	8.715,22	2.291,75	13.072,83	13.072,83	6.536,42
16	830,00	13.280,00	17.430,44	8.715,22	8.715,22	3.436,48	13.944,35	13.944,35	6.972,18
17	830,00	14.110,00	17.430,44	8.715,22	8.715,22	4.647,85	14.815,87	14.815,87	7.407,94
18	830,00	14.940,00	17.430,44	8.715,22	8.715,22	5.929,13	15.687,40	15.687,40	7.843,70
19	830,00	15.770,00	17.430,44	8.715,22	8.715,22	7.283,73	16.558,92	16.558,92	8.279,46
20	830,00	16.600,00	17.430,44	8.715,22	8.715,22	8.715,22	17.430,44	17.430,44	8.715,22

L'operazione di riscatto comporta una penalizzazione economica. Come si evince dalla tabella, il recupero dei premi versati potr  avvenire, sulla base del tasso di rendimento minimo contrattualmente garantito, dopo il pagamento di tutte le annualit  previste.

SVILUPPO DEI PREMI, DELLE PRESTAZIONI E DEI VALORI DI RIDUZIONE E DI RISCOATTO IN BASE A:

1B) IPOTESI DI RENDIMENTO FINANZIARIO

- Tasso di rendimento finanziario:	4%	- Premio annuo lordo iniziale	€ 1.000,00
- Tasso di rendimento minimo trattenuto:	1%	di cui premio iniziale Piano Vita:	€ 830,00
- Aliquota di retrocessione:	80%		
- Tasso di rendimento retrocesso:	0,98%	di cui premio prestazione obbligatoria Piano Danni:	€ 170,00
- Et� dell'Assicurato:	35 anni		
- Durata:	20 anni		
- Sesso dell'Assicurato:	Maschio		
- Tasso tecnico:	2%		
- Frazionamento del premio	annuale		

Anni trascorsi	Premio annuo Piano Vita	Cumulo dei premi annui Piano Vita	Capitale assicurato alla fine dell'anno	Capitale assicurato in caso di morte a fine anno	Interruzione del pagamento dei premi				
					Valore di riscatto a fine anno		Capitale ridotto alla fine dell'anno	Capitale ridotto a scadenza	Capitale ridotto in caso di morte alla fine dell'anno
					Importo liquidabile alla richiesta di riscatto	Importo liquidabile in caso di vita a scadenza			
1	830,00	830,00	17.659,22	8.829,61					
2	838,13	1.668,13	17.832,28	8.916,14					
3	846,35	2.514,48	18.007,04	9.003,52	1.430,54		2.674,84	3.157,18	1.337,42
4	854,64	3.369,12	18.183,51	9.091,75	1.998,31		3.601,41	4.209,57	1.800,70
5	863,02	4.232,14	18.361,70	9.180,85	2.739,98		4.590,43	5.313,53	2.295,21
6	871,47	5.103,62	18.541,65	9.270,82	3.436,41		5.562,49	6.376,24	2.781,25
7	880,02	5.983,63	18.723,36	9.361,68	4.190,13		6.553,18	7.438,95	3.276,59
8	888,64	6.872,27	18.906,85	9.453,42	5.004,89		7.562,74	8.501,66	3.781,37
9	897,35	7.769,62	19.092,13	9.546,07	5.884,68		8.591,46	9.564,36	4.295,73
10	906,14	8.675,76	19.279,24	9.639,62	6.833,71		9.639,62	10.627,07	4.819,81
11	915,02	9.590,78	19.468,17	9.734,09	7.856,42		10.707,50	11.689,78	5.353,75
12	923,99	10.514,77	19.658,96	9.829,48	8.957,55		11.795,38	12.752,48	5.897,69
13	933,04	11.447,82	19.851,62	9.925,81	9.925,81	231,55	12.903,55	13.815,19	6.451,78
14	942,19	12.390,01	20.046,16	10.023,08	10.023,08	1.476,11	14.032,32	14.877,90	7.016,16
15	951,42	13.341,43	20.242,62	10.121,31	10.121,31	2.794,49	15.181,96	15.940,60	7.590,98
16	960,75	14.302,18	20.441,00	10.220,50	10.220,50	4.190,33	16.352,80	17.003,31	8.176,40
17	970,16	15.272,34	20.641,32	10.320,66	10.320,66	5.667,44	17.545,12	18.066,02	8.772,56
18	979,67	16.252,01	20.843,60	10.421,80	10.421,80	7.229,80	18.759,24	19.128,72	9.379,62
19	989,27	17.241,28	21.047,87	10.523,93	10.523,93	8.881,56	19.995,48	20.191,43	9.997,74
20	998,96	18.240,24	21.254,14	10.627,07	10.627,07	10.627,07	21.254,14	21.254,14	10.627,07

2B) IPOTESI DI RENDIMENTO FINANZIARIO

- Tasso di rendimento finanziario:	4%	- Premio annuo lordo iniziale	€ 1.000,00
- Tasso di rendimento minimo trattenuto:	1%	di cui premio Piano Vita:	€ 830,00
- Aliquota di retrocessione:	80%		
- Tasso di rendimento retrocesso:	0,98%	di cui premio prestazione obbligatoria Piano Danni:	€ 170,00
- Et� dell'Assicurato:	35 anni		
- Durata:	20 anni		
- Sesso dell'Assicurato:	Femmina		
- Tasso tecnico:	2%		
- Frazionamento del premio	annuale		

Anni trascorsi	Premio annuo Piano Vita	Cumulo dei premi annui Piano Vita	Capitale assicurato alla fine dell'anno	Capitale assicurato in caso di morte a fine anno	Interruzione del pagamento dei premi				
					Valore di riscatto a fine anno		Capitale ridotto alla fine dell'anno	Capitale ridotto a scadenza	Capitale ridotto in caso di morte alla fine dell'anno
					Importo liquidabile alla richiesta di riscatto	Importo liquidabile in caso di vita a scadenza			
1	830,00	830,00	17.601,26	8.800,63					
2	838,13	1.668,13	17.773,75	8.886,88					
3	846,35	2.514,48	17.947,93	8.973,97	1.425,85		2.666,06	3.146,82	1.333,03
4	854,64	3.369,12	18.123,82	9.061,91	1.991,75		3.589,59	4.195,76	1.794,79
5	863,02	4.232,14	18.301,44	9.150,72	2.730,99		4.575,36	5.296,09	2.287,68
6	871,47	5.103,62	18.480,79	9.240,40	3.425,13		5.544,24	6.355,31	2.772,12
7	880,02	5.983,63	18.661,90	9.330,95	4.176,37		6.531,67	7.414,53	3.265,83
8	888,64	6.872,27	18.844,79	9.422,39	4.988,47		7.537,92	8.473,75	3.768,96
9	897,35	7.769,62	19.029,47	9.514,73	5.865,37		8.563,26	9.532,97	4.281,63
10	906,14	8.675,76	19.215,96	9.607,98	6.811,28		9.607,98	10.592,19	4.803,99
11	915,02	9.590,78	19.404,27	9.702,14	7.830,63		10.672,35	11.651,41	5.336,18
12	923,99	10.514,77	19.594,44	9.797,22	8.928,14		11.756,66	12.710,63	5.878,33
13	933,04	11.447,82	19.786,46	9.893,23	9.893,23	230,79	12.861,20	13.769,84	6.430,60
14	942,19	12.390,01	19.980,37	9.990,18	9.990,18	1.471,26	13.986,26	14.829,06	6.993,13
15	951,42	13.341,43	20.176,18	10.088,09	10.088,09	2.785,32	15.132,13	15.888,28	7.566,07
16	960,75	14.302,18	20.373,90	10.186,95	10.186,95	4.176,58	16.299,12	16.947,50	8.149,56
17	970,16	15.272,34	20.573,57	10.286,78	10.286,78	5.648,84	17.487,53	18.006,72	8.743,77
18	979,67	16.252,01	20.775,19	10.387,59	10.387,59	7.206,07	18.697,67	19.065,94	9.348,83
19	989,27	17.241,28	20.978,78	10.489,39	10.489,39	8.852,41	19.929,84	20.125,16	9.964,92
20	998,96	18.240,24	21.184,38	10.592,19	10.592,19	10.592,19	21.184,38	21.184,38	10.592,19

Le prestazioni indicate nelle tabelle sopra riportate sono al lordo degli oneri fiscali.

ERGO Previdenza S.p.A.   responsabile della veridicit  e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale
L'Amministratore Delegato

Generalit  e firma autografa
Dott. Gianfranco Bennati



A TUTTO TONDO

SEZIONE II PIANO DANNI

PRESTAZIONI ASSICURATIVE
DA INFORTUNIO
PER L'INVALIDITÀ PERMANENTE
DIARIA DA RICOVERO
O DA INGESSATURA,
RIMBORSO SPESE MEDICHE
ED ASSISTENZA.

PRESTAZIONI ASSICURATIVE
PER L'INVALIDITÀ PERMANENTE
DA MALATTIA E DIARIA DA
RICOVERO DA MALATTIA
(GARANZIA FACOLTATIVA)

DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato, vincolante agli effetti delle garanzie prestate:

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

DAY-HOSPITAL

Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche che richiedono la compilazione della cartella clinica.

DIARIA

Indennità giornaliera prevista a seguito di determinati eventi inerenti l'infortunio o malattia.

FRANCHIGIA

La parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

GESSATURA

Mezzo di contenimento rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento che realizzi l'immobilizzazione della parte, prescritto, confezionato e rimovibile unicamente da personale medico o paramedico.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INVALIDITÀ PERMANENTE

La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

ISTITUTO DI CURA

Istituti universitari, ospedali pubblici, cliniche e case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di cura per la convalescenza ed il soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, ospizi per persone anziane, ospedali militari e istituti specializzati per la riabilitazione.

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio e oggettivamente riscontrabile.

MALFORMAZIONE, DIFETTO FISICO

Alterazione organica congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della polizza.

POLIZZA

Il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

RICOVERO

La degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura.

RISCHIO

La probabilità che si verifichi il sinistro.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

SOCIETÀ

ERGO Assicurazioni S.p.A.

TERMINI DI ASPETTATIVA - CARENZE

Il periodo di tempo durante il quale la copertura assicurativa non è operante (e che intercorre fra la stipula dell'assicurazione e l'inizio delle garanzie).

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato 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.

ART. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare preventivamente alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per gli stessi rischi previsti dalla presente polizza, fermo l'obbligo, invece, di darne comunicazione in caso di sinistro. L'omissione dolosa della predetta comunicazione comporta la decadenza del diritto all'indennizzo.

ART. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il premio o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

In base a quanto indicato per la componente Vita all'Art. 9 della Sezione I, il versamento del premio al perfezionamento del contratto deve essere effettuato mediante assegno bancario non trasferibile intestato a ERGO Assicurazioni S.p.A. o mediante bonifico bancario irrevocabile con valuta fissa per il Beneficiario uguale alla data di decorrenza della polizza sul C/C intestato a ERGO Assicurazioni S.p.A. presso la filiale della UniCredit Banca d'Impresa S.p.A., Via IX Maggio 22 - 37060 Nogarole Rocca (VR), sulle coordinate IBAN IT 23 D 03226 59620 000030029125, indicando nella causale il numero di proposta, cognome e nome del Contraente.

Le rate di premio successive potranno essere versate mediante assegno bancario non trasferibile intestato a ERGO Assicurazioni S.p.A. a fronte di quietanze emesse dalla Direzione o mediante bonifico bancario irrevocabile con valuta fissa per il Beneficiario uguale alla data di decorrenza della polizza sul C/C intestato a ERGO Assicurazioni S.p.A. presso la filiale della UniCredit Banca d'Impresa S.p.A., Via IX Maggio 22 - 37060 Nogarole Rocca (VR), sulle coordinate IBAN IT 23 D 03226 59620 000030029125, indicando nella causale il numero di proposta, cognome e nome del Contraente.

Il pagamento delle rate di premio successive alla prima potrà avvenire anche mediante RID su conto corrente bancario intestato al Contraente che dovrà necessariamente essere persona fisica.

In caso di chiusura del conto corrente bancario di cui sopra, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata A.R. almeno 60 giorni prima della scadenza della rata di premio successiva alla chiusura del conto corrente

stesso, comunicando le nuove coordinate bancarie IBAN. Qualora ciò non avvenga, il versamento delle rate di premio successive, fino al momento dell'attivazione del RID sul nuovo conto corrente, dovrà avvenire con le modalità precedentemente illustrate.

ART. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 5 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Non si applica al presente contratto.

ART. 6 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Non si applica al presente contratto.

ART. 7 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Non si applica al presente contratto.

ART. 8 - SCADENZA DELLA POLIZZA

La polizza termina automaticamente alla scadenza pattuita senza tacita proroga e senza necessità di disdetta.

ART. 9 - AUTOMATICA RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Il presente contratto si intende automaticamente risolto in caso di riscatto, di annullamento o di sospensione del pagamento dei premi della polizza vita alla quale è abbinato.

ART. 10 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 11 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto, in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

ART. 12 - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS), non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato

di salute dell'Assicurato.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle Condizioni Generali di Assicurazione e dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 13 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 14 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, a scelta della parte attrice, è esclusivamente competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente.

ART. 15 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO LE GARANZIE INFORTUNIO

ART. 16 - RISCHIO ASSICURATO

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle propria attività professionale principale o secondaria e di ogni altra normale attività che egli compia senza carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia e sono considerati infortuni, gli eventi derivanti da:

- imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- tumulti popolari, vandalismo, a condizione che le persone assicurate non vi abbiano preso parte attiva;

subiti per:

- aggressioni, scippi, rapine, sequestro anche tentato;

sofferti in:

- stato di malore od incoscienza;

dovuti a:

- asfissia o soffocamento non di origine morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- lesioni provocate da improvviso contatto con corrosivi;
- morsi di animali, punture di insetti o di aracnidi, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
- annegamento, assideramento, congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore od altre influenze termiche e/o atmosferiche.

ART. 17 - RISCHIO VOLO

La garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo turistici o di trasferimento, in qualità di passeggero su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, tranne quelli effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclub;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali per esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio).

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

ART. 18 - ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO

La garanzia si intende estesa alle ernie traumatiche o da sforzo, limitatamente all'invalidità permanente e alla diaria giornaliera da infortunio, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa è operante dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10%, della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;

- qualora insorga, contestazione circa la natura e/o operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 33 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia Contrattuale delle Norme che regolano i sinistri.

Qualora la presente copertura subentri - senza soluzione di continuità - ad altra uguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e prestazioni dalla stessa previste;
- dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e prestazioni da essa assicurate.

ART. 19 - RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole e operatrici, salvo quelle condotte a mano;
 - di natanti a motore per uso non privato;
- dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto al precedente Art. 17 - Rischio volo;
- dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a competizioni sportive in genere e relative prove, salvo che si tratti di gare podistiche, gare di bocce, golf, pesca non subacquea, scherma, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali od aventi carattere ricreativo;
- da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- gli infarti, in ogni caso, e le ernie, fatta eccezione di quanto previsto dall'Art. 18 - Ernie traumatiche e da sforzo.

I rischi di cui alla lettera b) sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale principale.

ART. 20 - PRESTAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE

- A) Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata stabilita per la prestazione invalidità permanente da infortunio, pari a € 50.000.
- B) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata per l'invalidità Permanente in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori previsti dalla tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000).
- C) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera B), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella tabella richiamata dalla lettera B), le percentuali indicate in detta tabella sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella tabella richiamata dalla lettera B) e ai criteri sopra riportati, l'invalidità viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri indicati nella tabella, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- D) La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati nella tabella richiamata dalla lettera B) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%; per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.
- E) 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.
- F) Qualora l'invalidità permanente riconosciuta sia di grado pari o superiore al 50% della totale, la Società corrisponde un indennizzo pari all'intera somma assicurata.

ART. 21 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO DA LIQUIDARE PER INVALIDITÀ PERMANENTE

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- A) non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5 %, percentuale denominata "Franchigia" per Invalidità Permanente;
- B) se invece l'invalidità permanente accertata risulta superiore a tale percentuale l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- C) qualora l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale non si applicano le modalità suddette e la liquidazione dell'indennizzo è pari alla valutazione dello stesso di cui all'Art. 20.

ART. 22 - PRESTAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza rimborsa all'Assicurato sino alla concorrenza della somma assicurata, pari a € 520, per la prestazione Rimborso Spese Mediche, le spese sostenute, ivi compresi i ticket per le prestazioni fornite dal S.S.N., per:

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
 - diritti di sala operatoria, materiali d'intervento, accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio);
 - terapie fisiche e medicinali (queste ultime entro il limite del 20% della somma assicurata);
 - rette di degenza in Istituto di cura pubblico o privato;
 - trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura con autoambulanza;
- Il rimborso è condizionato alla presentazione delle ricevute originali di quanto pagato per le spese sopraindicate entro 30 giorni dal termine delle cure mediche.

ART. 23 - PRESTAZIONE DIARIA DA RICOVERO O DA INGESSATURA

La Società corrisponde all'Assicurato:

- A) In caso di ricovero in Istituto di cura conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza la diaria da ricovero pari a € 50, per ciascun giorno di ricovero e per la durata massima di 90 giorni per evento e per anno assicurativo, con il limite di 5 giorni per il parto con o senza taglio cesareo e l'aborto terapeutico. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione. Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione, in originale, di una dichiarazione rilasciata dall'Istituto di cura attestante il motivo e la durata del ricovero.
- B) In caso sia stata applicata "gessatura" in conseguenza di un infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società si obbliga a corrispondere all'Assicurato la diaria da gessatura pari a € 26, dal giorno di dimissione dall'Istituto di cura se vi è stato ricovero, oppure dal giorno dell'applicazione della gessatura se non vi è stato ricovero, fino alla sua rimozione, e comunque per un periodo non superiore a 45 giorni per evento e 90 giorni per anno assicurativo.

La garanzia non è operante nel caso in cui la lesione che ha comportato l'applicazione della "gessatura" riguardi singole dita dei piedi e delle mani salvo che si tratti del pollice o dell'indice.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione, in originale, di una dichiarazione rilasciata dall'Istituto di cura attestante il motivo e la durata della gessatura.

ART. 24 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato 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 all'Art. 20 - Invalidità permanente - delle Condizioni Generali di Assicurazione sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

NORME CHE REGOLANO LE GARANZIE MALATTIA (GARANZIE OPZIONALI)

ART. 25 - PRESTAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La garanzia è operante per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione secondo quanto previsto dal successivo Art. 26 e manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione.

ART. 26 - DECORRENZA DELLA GARANZIA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La prestazione Invalidità permanente da malattia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, ha effetto l'assicurazione. In caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa di cui sopra operano dal giorno di decorrenza della garanzia limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni.

ART. 27 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ DELLA PRESTAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti intendendo con il termine malattie coesistenti le malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie, intendendo con il termine malattie concorrenti le malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessato uno stesso sistema-organo funzionale.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

ART. 28 - CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE DELLA PRESTAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La percentuale di invalidità permanente viene accertata - non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia - con riferimento alla tabella per l'industria allegata al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche della tabella stessa intervenute fino al 24 luglio 2000.

Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi od arti.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella menzionata, l'indennizzo è stabilito facendo riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%. Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente è di grado inferiore al 25% dell'invalidità totale. Se l'invalidità permanente è di grado pari o superiore al 25%, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata, pari a € 50.000, secondo le percentuali seguenti:

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale da applicare sulla somma assicurata
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
Dal 35 al 55	Pari a quella accertata
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
Dal 66 al 100	100

ART. 29 - PRESTAZIONE DIARIA DA RICOVERO O DA MALATTIA

La Società corrisponde all'Assicurato, in caso di ricovero in Istituto di cura reso necessario da malattia, l'indennità giornaliera assicurata, pari a € 26, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 90 giorni per evento e per anno assicurativo con il limite di 5 giorni per il parto con o senza taglio cesareo e l'aborto terapeutico.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione, in originale, di una dichiarazione rilasciata dall'Istituto di cura attestante il motivo e la durata del ricovero.

ART. 30 - TERMINI DI ASPETTATIVA PER LA PRESTAZIONE DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA

La garanzia ha effetto dalle ore 24:

- del 60° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa;
- del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative al parto.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante con il termine di aspettativa di 60 giorni soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

A maggior precisazione di quanto sopra, la Società non effettuerà alcun rimborso per le prestazioni iniziate durante il periodo di aspettativa e protrattesi, senza soluzione di continuità, oltre tale termine.

Qualora la malattia dovesse manifestarsi nuovamente (c.d. ricaduta) dopo il periodo di aspettativa, l'Assicurato avrà diritto alla garanzia solo quando siano trascorsi tre mesi fra la guarigione clinica della malattia e la ricaduta.

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 Assicurato 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 essa previste.

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

ART. 31 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a) malattie, stati patologici, difetti fisici e anomalie congenite o comunque preesistenti alla stipula della polizza;

- b) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti od allucinogeni;
- c) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- e) l'aborto volontario non terapeutico;
- f) cure dentarie od ortodontiche e parodontopatie;
- g) conseguenze dirette od indirette di trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche, da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- h) le conseguenze di guerre ed insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- i) delitti dolosi compiuti dall'Assicurato o atti contro la propria persona da lui volontariamente commessi o consentiti;
- j) gli stati patologici correlati alla infezione da HIV e AIDS e sindromi ad esse correlate;
- k) patologie determinate da influenze elettro-magnetiche;
- l) malattie professionali (così definite dal D.P.R. del 30.06.1965 n° 1124 e successive modifiche).
- m) i ricoveri in case di riposo ancorché qualificate Istituti di cura;
- n) i ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza intendendosi i ricoveri per i casi in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono tali che una guarigione non può più essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in Istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

ART. 32 - DENUNCIA DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile. La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Tale denuncia deve essere tempestivamente seguita da copia della cartella clinica completa. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

ART. 33 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO/PERIZIA CONTRATTUALE

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono. Le eventuali controversie di natura medica possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio medico.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual 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. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

ART. 34 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritti, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

SETTORE ASSISTENZA

I servizi di Assistenza vengono forniti dalla Europ Assistance Italia S.p.A. Piazza Trento 8, 20135 Milano. Le modalità di accesso a tali servizi sono regolate all'Art. 48 della presente sezione.

Per CENTRALE OPERATIVA si intende la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. Piazza Trento 8, 20135 Milano, costituita da: medici, tecnici, operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

ART. 35 - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Verrà prestata assistenza all'Assicurato, nei modi ed entro i limiti sottoindicati, nel caso in cui questi si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro:

a) Servizio di informazioni telefoniche

(Operante dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato desideri avere informazioni relativamente a:

- **Famiglia:**
adozione, affidamento, comunione dei beni, divorzio, eredità, interdizione, matrimonio, paternità/maternità, separazione dei beni, separazione personale, successione, testamento, tutela;
 - **Burocratiche:**
 - Certificati: cittadinanza, matrimonio, morte, nascita, penale, residenza, stato di famiglia, ecc;
 - Documenti personali: carta d'identità, codice fiscale, libretto di lavoro, libretto di pensione, passaporto, patente di guida, rilascio e variazione dei suddetti documenti;
- telefonando alla Centrale Operativa riceverà tutte le informazioni richieste.

b) Consulenza medica telefonica

Qualora a seguito di infortunio l'assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

c) Informazioni sanitarie

(Prestazione operante da lunedì al venerdì ore 9.00 - ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Centrale Operativa, la quale fornirà informazioni relativamente a:

- medici specialisti;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni.

d) Ricerca e prenotazione di centri specialistici

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato necessiti di essere ricoverato per un intervento o una terapia, la Centrale Operativa, previa approfondita analisi del quadro clinico dell'Assicurato e sentito il medico curante, individua e prenota, tenendo conto delle disponibilità esistenti, un centro ospedaliero attrezzato per l'intervento in Italia o all'estero.

e) Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza, tenendo la Società a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).

f) Rientro in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di essere trasportato dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'Assicurato, e ad un eventuale accompagnatore, di raggiungere la propria abitazione. La Società terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di 150,00 Euro per sinistro.

g) Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Centrale Operativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di 200,00 Euro per sinistro.

h) Invio di un fisioterapista al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Centrale Operativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di 200,00 Euro per sinistro.

Le prestazioni che seguono sono fornite esclusivamente a seguito di sinistri verificatisi ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato:

i) Rientro sanitario

Qualora, a seguito di infortunio, le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in un istituto di cura

attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario (limitatamente ai Paesi europei)
- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella
- treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio)

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Centrale Operativa stessa.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La prestazione inoltre non è dovuta qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso addividengano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

j) Rientro con un familiare

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'assicurato, in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui al punto i) che precede, ed i medici della Centrale Operativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Centrale Operativa organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo.

k) Viaggio di un familiare

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a dieci giorni, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

l) Accompagnamento di minori

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato accompagnato da minori di 15 anni si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro, la Centrale Operativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno, per permettere ad un familiare convivente, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico le relative spese. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

m) Prolungamento del soggiorno

Qualora l'Assicurato, a causa di infortunio, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria residenza in Italia alla data stabilita, come risultante da prescrizione medica scritta, la Centrale Operativa, ricevuta la sua comunicazione, organizzerà il prolungamento del suo soggiorno in albergo (pernottamento e prima colazione), tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di cinque giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di 80,00 Euro al giorno.

Al suo rientro l'assicurato dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.

n) Rientro salma

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato sia deceduto, la Centrale Operativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di 5.000,00 Euro per sinistro, ancorché siano coinvolti più Assicurati. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Centrale Operativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

o) Interprete a disposizione all'estero

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero, in caso di ricovero in ospedale per infortunio, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete assumendone la Società i costi per un massimo di 8 ore lavorative.

La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Centrale Operativa.

p) Segnalazione di un medico specialista all'estero

Qualora, a seguito della prestazione "Consulenza medica telefonica" di cui al punto b) che precede, si ravvisi la necessità per l'Assicurato all'estero di essere sottoposto ad una visita specialistica, la Centrale Operativa gli segnalerà un medico nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

ART. 36 - ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA ASSISTENZA

Tutte le prestazioni sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Centrale Operativa Assistenza.

ART. 37 - RICHIESTA DI ASSISTENZA

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo a:

numero verde 800.085.841 oppure **numero di Milano 02 - 58.28.66.81**

oppure se non può telefonare può inviare un telegramma:

Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento 8, 20135 Milano.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. il tipo di assistenza di cui necessita;
2. nome e cognome;
3. numero di polizza preceduto dalla sigla ERIV;
4. indirizzo del luogo in cui si trova;
5. il recapito telefonico dove la Centrale Operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La Centrale Operativa potrà richiedere all'Assicurato, e lo stesso è tenuto a fornire integralmente, ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

ART. 38 - INESISTENZA DELL'OBBLIGO DI FORNIRE PRESTAZIONI ALTERNATIVE

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più delle prestazioni previste, non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative compensazione.

ART. 39 - VALIDITÀ DELLA COPERTURA

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Quando nelle prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.

Le prestazioni che prevedono un viaggio di rientro sono valide nei soli confronti degli Assicurati con residenza in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano.

Per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della garanzia, la copertura ha durata massima di 60 giorni.

ART. 40 - ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI RELATIVI A TUTTE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

1. Tutte le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato per un massimo di tre volte per tipo per ogni anno di validità della polizza.
2. La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuativa all'estero nel corso di ciascun anno di validità della polizza è di 60 giorni.

3. Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
- a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
 - c) dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o tentato suicidio;
 - d) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
 - e) infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

4. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Centrale Operativa.
5. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
6. La Centrale Operativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.
7. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di un anno dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'Art. 2952 del Codice Civile.
8. Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana.
9. Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro.
10. La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

ART. 41 - ALTRE ASSICURAZIONI ASSISTENZA

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra assicurazione assistenza si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente copertura ad altra società, le suddette prestazioni saranno operanti nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

A TUTTO TONDO

NOTA INFORMATIVA
PIANO DANNI

La presente Nota Informativa è redatta ai sensi dell'Art. 123 del Decreto Legislativo n. 175 del 17 marzo 1995 e alle disposizioni dell' ISVAP.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

1 - DENOMINAZIONE SOCIALE, FORMA GIURIDICA E INDIRIZZO

ERGO Assicurazioni S.p.A. ha la propria sede legale in Via Pampuri 13, 20141 Milano (Italia), ed è stata autorizzata all'esercizio della attività assicurativa con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20/6/1986 (Gazzetta ufficiale 26/6/86 n. 146); Codice Fiscale e n° di iscrizione al Registro Imprese di Milano 07707320151, Partita IVA n° 10042300151.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

2 - LEGISLAZIONE APPLICABILE AL CONTRATTO

Ai sensi dell'Art. 122 del Decreto Legislativo n. 175/95, le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella Italiana, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di Norme Imperative Nazionali. La nostra Società propone di applicare al contratto che verrà stipulato la Legge Italiana.

3 - RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, Ufficio Reclami ERGO Assicurazioni S.p.A., via Pampuri 13, 20141 Milano, fax n. 02/57308581, indirizzo email reclami_ergoass@ergoitalia.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

4 - PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile.

INFORMAZIONI SPECIFICHE RELATIVE AL CONTRATTO

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali. Per le Condizioni, si rinvia al testo delle Condizioni Generali di Assicurazione contenute in polizza.

5 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

6 - DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto non prevede il tacito rinnovo, per cui la garanzia cesserà alla scadenza pattuita senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'Art. 1901, secondo comma, del Codice Civile.

7 - TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni dalla decorrenza della copertura assicurativa;
- per la prestazione Invalidità permanente da malattia dalle ore 24.00 del 90° giorno successivo alla data di decorrenza della copertura;
- per la prestazione Diaria da ricovero da malattia dalle ore 24.00 del 60° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura, salvo per le prestazioni relative al parto che decorrono dal 300° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura; per le patologie dipendenti da gravidanza o puerperio, dalle ore 24.00 del 60° giorno successivo alla data di decorrenza della copertura, purché la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data.

8 - COMPOSIZIONE DEI PREMI

I premi relativi alle Garanzie base e opzionale danni risultano così composti, ai fini della detraibilità fiscale:

Garanzia base:

Invalità permanente da infortunio	€ 85,00 (detraibili)
Rimborso spese di cura da infortunio	
Diaria ricovero da infortunio	€ 70,00
Diaria da ingessatura da infortunio	
Assistenza	€ 15,00

Garanzie opzionali:

Invalità permanente da malattia	€ 86,00 (detraibili)
Diaria da ricovero da malattia, parto o aborto terapeutico	€ 54,00

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti di indennizzo, gli obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, il recesso delle parti.

A TUTTO TONDO

ALLEGATI

Assicurato

Cod. fiscale

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

circa la malattia che ha causato il decesso dell'Assicurato

1. Cognome e nome dell'Assicurato defunto
2. Data di nascita Professione
3. Stato civile Data della morte Luogo del decesso Domicilio Ospedale o casa di cura altro
4. Quale malattia ha causato il decesso dell'Assicurato? È stata disposta autopsia SI NO
Tale malattia è da ritenersi complicanza di altra patologia? Se sì quale?
5. Quando ha iniziato a curarlo per detta malattia?
6. Quali sintomi presentava il malato?
7. In base ai sintomi osservati ed ai dati anamnestici, a quale data doveva, presumibilmente, riportarsi l'insorgere della malattia?
8. Esistevano condizioni patologiche preesistenti all'ultima malattia? Quali? A che data risalivano?
9. Esiste un nesso causale diretto o indiretto fra la malattia che ha provocato la morte e le precedenti condizioni patologiche del soggetto?
O queste ultime ne hanno solamente aggravato il decorso?
10. Lei ritiene che avrebbero potuto, da sole, provocare la morte?
11. La malattia che ha causato il decesso ha necessitato di precedenti ricoveri in ospedale o in clinica? SI NO
12. La diagnosi dell'ultima malattia fu confermata da altri medici?
(indicare nome, cognome, residenza, epoca in cui furono consultati)
13. La diagnosi clinica dell'ultima malattia è stata convalidata da accertamenti radiografici ed operatori?
Dove?
Quando?
14. Lei era il medico abituale dell'Assicurato?
Diversamente, quale medico lo curava precedentemente?
Quali erano i medici della famiglia?
15. A suo giudizio, l'Assicurato conosceva la natura della malattia che ne ha causato il decesso?
O quanto meno, ritiene presumibile che la conoscesse e perché?
16. Ha mai curato l'assicurato per patologie che necessitavano l'assunzione di farmaci?
Se sì, quali e da quando?
17. Quali altre notizie ed informazioni può aggiungere?

Luogo Data

IL MEDICO CURANTE

(timbro e firma)

(domicilio)



Polizza N. _____ Contraente _____

C.F.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003 (di seguito denominato Codice sulla Privacy), ed in relazione ai dati personali, identificativi e sensibili, che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è diretto all'esplicitamento da parte della Società delle finalità di valutazione del rischio, conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'esplicitamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi delle Società del Gruppo, con finalità di marketing operativo e strategico, di informativa commerciale ed a scopi di statistica e di ricerca scientifica.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati viene effettuato secondo le modalità previste dall'Art. 11, comma 1 del Codice sulla Privacy

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'Art.4, comma 1, lett. a), del Codice sulla Privacy: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modifica, selezione, raffronto/interconnessione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese tutte le misure connesse all'accessibilità/confidenzialità, integrità e tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento (ex Art. 30 del Codice sulla Privacy), nonché da società di servizi e/o terze, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento (ex Art. 30 del Codice sulla Privacy).

Il trattamento che dovesse riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", avviene sulla base di quanto disposto dall'Art. 26 del Codice sulla Privacy e si fonda sull'Autorizzazione n. 5 del 2004 al trattamento dei dati sensibili da parte di diverse categorie di titolari.

3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, ISVAP);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI CONFERIRE I DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) I dati personali possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1, lett. a) o per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione amministrativa dei contratti, la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; ISVAP ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio Casellario Centrale Infortuni);
- b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a società del Gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché a pubbliche amministrazioni ai sensi di legge, nonché a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di imbustamento e smistamento di corrispondenza ed archiviazione, e del servizio di assistenza e/o informazione commerciale ai Clienti, effettuato anche tramite strutture esterne di call center.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione per finalità diverse da quelle indicate nella presente informativa.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, in conformità con quanto disposto dagli artt. 42 e 43 del Codice sulla Privacy.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Art. 7 del Codice sulla Privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARI E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Titolari, ex Art. 28 del Codice sulla Privacy, del trattamento sono ERGO Previdenza S.p.A. ed ERGO Assicurazioni S.p.A., nella persona del loro Legale Rappresentante pro-tempore, entrambe con sede in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano - Italia. Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'Art.7 del Codice sulla Privacy, è la Direzione Commerciale Marketing della ERGO Previdenza S.p.A. e della ERGO Assicurazioni S.p.A. con sede in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano - Italia - telefono n. 02.57444294 - fax n. 02.57442360, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri responsabili del trattamento, dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del Titolare.

L'INTERESSATO SI IMPEGNA A CONSEGNARE COPIA DELLA PRESENTE INFORMATIVA A TUTTI COLORO I CUI DATI SONO STATI FORNITI IN SEDE DI COMPILAZIONE/STIPULA E CHE SARANNO OGGETTO DI TRATTAMENTO

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI GENERALI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa di cui sopra e di tutto quanto stabilito dal Codice sulla Privacy:

ACCONSENSO / IAMO

- 1. al trattamento dei dati personali, identificativi e sensibili, che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
- 2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a), della medesima informativa o obbligatori per legge;
- 3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

Luogo e data _____ Nome e Cognome (o denominazione) dell'interessato - Contraente (leggibile) _____ Firma _____

Luogo e data _____ Nome e Cognome (o denominazione) dell'interessato - Assicurando (leggibile) _____ Firma _____

ACCONSENSO / IAMO NON ACCONSENTO / IAMO (Barrare con X la casella prescelta)


In caso di mancata scelta da parte del Contraente il consenso NON si intenderà prestato.


- 4. al trattamento dei dati personali comuni, che mi/ci riguardano per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;
 - 5. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. b), della predetta informativa, per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;
 - 6. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi (Paesi UE e Paesi extra UE).
- Rimane fermo che il mio/nostro consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Origine dei dati (indicare l'ipotesi ricorrente): dati forniti dall'interessato dati forniti da terzi

Luogo e data _____ Nome e Cognome (o denominazione) dell'interessato - Contraente (leggibile) _____ Firma _____

Luogo e data _____ Nome e Cognome (o denominazione) dell'interessato - Assicurando (leggibile) _____ Firma _____

 Capitale Sociale € 90.000.000 interamente versato. 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°85) N° di iscrizione al Registro Imprese di Milano e Codice Fiscale 03735041000 - Partita IVA N° 10637370155. Società soggetta a direzione e coordinamento di ERGO Versicherungsgruppe AG.

 Capitale Sociale € 43.900.000 interamente versato. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20/6/1986 (G.U. 26/6/1986 N°146) N° di iscrizione al Registro Imprese di Milano e Codice Fiscale 07707320151 - Partita IVA N° 10042300151. Società soggetta a direzione e coordinamento di ERGO Versicherungsgruppe AG.

ALLEGATO ALLA POLIZZA N.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

QUESTIONARIO ANAGRAFICO - ANAMNESTICO

NOME E COGNOME DELL'ASSICURATO _____ DATA DI NASCITA ____ / ____ / ____

VIA _____ NUMERO _____ LOCALITÀ _____

PROV. _____ C.A.P. _____ TEL. _____ PROFESSIONE _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

1. Indicare i valori della statura e del peso: Cm. Kg.
2. Soffre o ha sofferto di malattie del sangue, disturbi a carico degli apparati respiratorio, cardiocircolatorio, digerente, urogenitale, del sistema nervoso ed endocrino metabolico?
Se SI, precisare solo quando ed allegare documentazione SI NO
3. Esistono in famiglia malattie che siano espressioni di patologie di origine genetica?
Se SI, indicare quali SI NO
4. Si è sottoposto ad esami clinici? Rispondere SI solo se furono rilevate situazioni ANOMALE O PATOLOGIE PREESISTENTI.
Se SI, precisare esami ed allegare documentazione. IN TUTTI GLI ALTRI CASI RISPONDERE NO SI NO
5. Assume terapia farmacologica continuativa come da prescrizione medica?
Se SI, quale e da quando SI NO
6. È mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero per semplici accertamenti o per interventi chirurgici? (Non è obbligatorio dichiarare gli interventi di appendicectomia, ernierctomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, frattura degli arti, deviazione del setto nasale, parto, avvenuti da oltre 3 mesi, colicistectomia avvenuta da oltre 2 anni e gastroresezione per ulcera avvenuta da oltre 5 anni).
Quando il ricovero sia stato causato da patologie diverse da quelle elencate, allegare cartella clinica o altra documentazione clinica riportante gli esiti. SI NO
7. Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti, ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?
In caso di risposta affermativa la Società stabilirà le condizioni di accettazione SI NO
8. Pratica una delle seguenti attività professionali?: attività a contatto con esplosivi, sostanze chimiche, tossiche o radioattive, attività con accesso a tetti, impalcature o piattaforme aeree, militare di reparti operativi, forze dell'ordine di reparti operativi, attività su piattaforme petrolifere, pilota di elicotteri o aerei, attività subacquee, lavoro nel sottosuolo, stuntman, circense, membro di equipaggio di aeromobili o imbarcazioni in alto mare, collaudatore.
Se SI, indicare quale SI NO
In tal caso l'accettazione della riattivazione potrà essere subordinata a particolari condizioni o limitazioni.
9. Pratica sport pericolosi? A titolo esemplificativo indichiamo gli sport più comuni: paracadutismo, deltaplano, parapendio o altri sport aerei in genere, immersioni subacquee con o senza autorespiratore, alpinismo nelle sue varie forme, gare automobilistiche, regate veliche, speleologia, sport estremi nelle varie forme, ecc.
Se SI, indicare quale/i SI NO
In tal caso l'accettazione della riattivazione potrà essere subordinata a particolari condizioni o limitazioni.
10. Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi?
Se SI, precisare: percentuali di invalidità e allegare documentazione SI NO
e caratteristiche difetti _____
11. Intraprende o prevede di dover intraprendere viaggi fuori Europa solo per motivi professionali?
Se SI, precisare: dove _____ per quanto tempo _____ SI NO

N.B.: I dati di cui sopra costituiscono elemento per la valutazione della riattivazione.

IO SOTTOSCRITTO

A - dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte da me date - anche se materialmente scritte da altri - sono veritiere ed esatte e che non ho taciuto, ommesso o alterato alcuna circostanza. Riconosco che le stesse sono elementi essenziali, a pena di nullità per la valutazione del rischio da parte della Società (art. 1892 e art. 1893 Codice Civile);

B - proscioglio dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dalla Società stessa comunicate ad altre Persone od Enti per necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Luogo e data _____ Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente _____ (leggibile) _____ Firma (leggibile) _____

Luogo e data _____ Nome e Cognome dell'Assicurato _____ (leggibile) _____ Firma (leggibile) _____



INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003 (di seguito denominato Codice sulla Privacy), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi delle Società del Gruppo, con finalità di marketing operativo e strategico, di informativa commerciale ed a scopi di statistica e di ricerca scientifica.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati viene effettuato secondo le modalità previste dall'art. 11, comma 1 del Codice sulla Privacy

- è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art.4, comma 1, lett. a), del Codice sulla Privacy: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modifica, selezione, raffronto/interconnessione, comunicazione, conservazione, cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese tutte le misure connesse all'accessibilità/confidenzialità, integrità e tutela;
- è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento (ex art. 30 del Codice sulla Privacy), nonché da società di servizi e/o terze, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento (ex art. 30 del Codice sulla Privacy).

3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per anticiclaggio, Casellario Centrale Infortuni, Banca Dati RC Auto, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione, ISVAP);
- strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4. CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI CONFERIRE I DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

- I dati personali possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1, lett. a) o per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione amministrativa dei contratti, la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione civile e dei Trasporti in concessione);
- inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché a pubbliche amministrazioni ai sensi di legge, nonché a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di imbustamento e smistamento di corrispondenza ed archiviazione, e del servizio di assistenza e/o informazione commerciale ai Clienti, effettuato anche tramite strutture esterne di call center.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione per finalità diverse da quelle indicate nella presente informativa.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, in conformità con quanto disposto dagli artt. 42 e 43 del Codice sulla Privacy

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice sulla Privacy conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Titolare, ex art. 28 del Codice sulla Privacy, del trattamento è ERGO Previdenza S.p.A., nella persona del suo Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in Via Pampuri,13 - 20141Milano - Italia. Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art.7 del Codice sulla Privacy, è la Direzione Commerciale Marketing e Vita con sede in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano - Italia - telefono n. 02.57444294 - fax n. 02.57442360, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri Responsabili del trattamento, dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del Titolare.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI GENERALI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa di cui sopra e di tutto quanto disposto dal Codice sulla Privacy:

ACCONSENSO / IAMO

- al trattamento dei dati personali, identificativi e sensibili, che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a), della medesima informativa o obbligatori per legge;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

Luogo e data *Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente* *(leggibile)* *Firma (leggibile)*

Luogo e data *Nome e Cognome dell'Assicurato* *(leggibile)* *Firma (leggibile)*

ACCONSENSO / IAMO **NON ACCONSENTO / IAMO (Barrare con X la casella prescelta)**

In caso di mancata scelta da parte del Contraente il consenso NON si intenderà prestato.

- al trattamento dei dati personali comuni, che mi/ci riguardano per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. b), della predetta informativa, per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi (Paesi UE e Paesi extra UE).

Rimane fermo che il mio/nostro consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Origine dei dati (indicare l'ipotesi ricorrente): dati forniti dall'interessato dati forniti da terzi

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A CONSEGNARE UNA COPIA DELL'INFORMATIVA DI CUI SOPRA A TUTTI COLORO I CUI DATI SONO STATI FORNITI IN SEDE DI COMPILAZIONE/STIPULA E CHE SARANNO OGGETTO DI TRATTAMENTO

Luogo e data *Nome e Cognome (o denominazione) del Contraente* *(leggibile)* *Firma (leggibile)*

Luogo e data *Nome e Cognome dell'Assicurato* *(leggibile)* *Firma (leggibile)*



ERGO Previdenza S.p.A. - Capitale Sociale € 90.000.000 interamente versato - 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°85) - N° di iscrizione al Registro Imprese di Milano e Codice Fiscale 03735041000 - Partita IVA N° 10637370155 - Società soggetta a direzione e coordinamento di ERGO Versicherungsgruppe AG.