

Buona semina, **buon raccolto.**



Piano Previdenziale **Bonus**

È un prodotto

ERGO
Previdenza
Divisione SSI e SSI Assconsult

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

Mod. EPS 253/2003

il cui testo è conforme a quello depositato
presso il Notaio Germano Zinni
in data 11/07/2003, repertorio n. 74305.

È un prodotto

ERGO

Previdenza

Divisione SSI e SSI Asconsult

distribuito in esclusiva da:



STAR SERVICE INTERNATIONAL

RICEVUTA NOTA INFORMATIVA

Luogo _____ Data _____

Il sottoscritto Contraente _____

DICHIARAdi aver ricevuto preventivamente alla sottoscrizione della proposta N.

il fascicolo Modello EPS 253 completo della NOTA INFORMATIVA

con relative tabelle numeriche,

come previsto dalla Circolare N. 249/1995 dell'ISVAP e successive modifiche

Firma (leggibile) del Contraente_____
Firma (leggibile) del Produttore

N.B.: La presente ricevuta DEVE essere trasmessa necessariamente a ERGO Previdenza S.p.A. unitamente alla proposta cui si riferisce.



INDICE

GRUPPO ERGO	PAG. 3
PIANO PREVIDENZIALE BONUS	PAG. 5
DISCIPLINA DEL CONTRATTO - DEFINIZIONI	PAG. 6
TARIFFA MISTA CON RIVALUTAZIONE ANNUA DEL CAPITALE, DEL PREMIO E CON BONUS	PAG. 7
DESCRIZIONE	PAG. 8
SEZIONE I A	
PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER IL CASO VITA, PREMORIENZA O INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE	PAG. 9
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	PAG. 10
REGOLAMENTO DEL FONDO ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO	PAG. 27
SEZIONE I B	
PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER INVALIDITÀ E RICOVERO	PAG. 29
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	PAG. 30
SEZIONE II	
PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER PREMORIENZA	PAG. 39
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	PAG. 40
NOTA INFORMATIVA	PAG. 47
PREMESSA	PAG. 48
A - INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ	PAG. 48
B - INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO	PAG. 49
C - INFORMAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO	PAG. 64
SCHEMA DI PROGETTO ESEMPLIFICATIVO	PAG. 65
ALLEGATI	PAG. 69
EPS 266 - RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE	
EPS 267 - RICHIESTA DI VARIAZIONI CONTRATTUALI	
EPS 268 - RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE	
EPS 269 - CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	
EPS 270 - LIQUIDAZIONE A MEZZO BONIFICO	

GRUPPO ERGO

LA "QUALITÀ" TEDESCA PER UNA MIGLIORE QUALITÀ DI VITA

L'esperienza di una delle maggiori holding assicurative tedesche e l'attenzione sempre nuova per le esigenze del mercato italiano: ecco spiegata la forza di un gruppo integrato che offre servizi assicurativi, previdenziali e finanziari di livello europeo.

ERGO significa la ricerca continua di soluzioni innovative per rispondere in modo efficace e concreto alle richieste di protezione globale, oggi e domani.

ERGO significa la capacità di ascoltare e interpretare le esigenze di sicurezza di ogni singolo Assicurato risolvendo problemi specifici con efficienza e precisione.

Controllato da Munich Re, leader mondiale della riassicurazione, ERGO occupa, con 25 milioni di Clienti in Europa e attività in 23 Paesi, il secondo posto nel mercato assicurativo diretto tedesco.

ERGO è presente in Italia con ERGO Previdenza e ERGO Assicurazioni.

Due Compagnie che si distinguono per l'alto livello di affidabilità, la qualità del servizio e la gamma di prodotti orientati alla persona.

PIANO PREVIDENZIALE BONUS

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

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 sulle 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:

SOCIETÀ: ERGO Previdenza S.p.A., impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 6 aprile 1992 (G.U. 10 aprile 1992, n. 85), Codice Fiscale e N° di iscrizione al Registro Imprese di Milano 03735041000, con sede in via Pampuri 13, 20141 Milano.

ASSICURATO: la persona sulla cui vita è stipulato il contratto.

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione.

BENEFICIARI: coloro ai quali spettano le somme assicurate.

CONTRAENTE: chi stipula la polizza con la Società.

OPZIONE: possibilità riservata al Contraente di convertire al termine del contratto vita la prestazione in capitale in una forma di rendita.

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO: importo dovuto dal Contraente alla Società.

RISCATTO: facoltà concessa al Contraente di estinguere la polizza vita prima che sia trascorso il periodo contrattuale pattuito.

RISERVA MATEMATICA: l'importo accantonato dalla Società per far fronte in futuro ai propri obblighi contrattuali.

PIANO PREVIDENZIALE BONUS

TARIFFA MISTA CON
RIVALUTAZIONE ANNUA
DEL CAPITALE, DEL
PREMIO E CON BONUS

Il presente piano assicurativo prevede le seguenti sezioni: Sezione I A, Sezione I B 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 A

PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER IL CASO VITA, PREMORIENZA O INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE.

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

SEZIONE I B

PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER INVALIDITÀ E RICOVERO.

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

Assicurazione contro il rischio di invalidità permanente da infortunio e per il riconoscimento di una diaria da ricovero a seguito di infortunio o malattia.

SEZIONE II

PRESTAZIONI ASSICURATIVE PER PREMORIENZA.

La stipulazione di questa sezione è facoltativa.

Assicurazione temporanea in caso di morte, a capitale e a premio annuo costanti.

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

PIANO PREVIDENZIALE BONUS

SEZIONE I A

PRESTAZIONI
ASSICURATIVE
PER IL CASO VITA,
PREMORIENZA O
INVALIDITÀ TOTALE
E PERMANENTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

1. La Società si impegna a pagare in caso di vita dell'Assicurato al termine della durata contrattuale un importo pari al capitale assicurato iniziale rivalutato annualmente secondo quanto disposto dalla Clausola di Rivalutazione e aumentato del bonus, come definito nel successivo art.17. Il Contraente potrà optare in alternativa alla liquidazione della prestazione in forma di capitale per una prestazione in forma di rendita vitalizia.
2. In caso di decesso o di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, intervenuti nel corso della durata contrattuale, il contratto si risolve e la Società corrisponde ai Beneficiari designati una prestazione pari al capitale assicurato in vigore al momento del decesso o del verificarsi dello stato di invalidità totale e permanente dell'Assicurato. La prestazione sarà aumentata di un importo pari al 50% del bonus, come definito al successivo art.17.

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 varrà quanto previsto al successivo articolo "Interruzione del versamento dei premi".

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente 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 un minimo di anni 18 e un massimo di anni 60. L'età al termine della durata contrattuale deve essere massimo di anni 70.

ART. 3 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DECORRENZA DELL'EFFETTO

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, sempreché sia stato effettuato il versamento dell'importo stabilito.

ART. 4 - REVOCA DELLA PROPOSTA

Fino a quando il contratto non è concluso il Contraente ha facoltà di revocare la proposta, mediante comunicazione scritta da inviare tramite raccomandata A.R. a ERGO Previdenza S.p.A. - via Pampuri 13, 20141 Milano.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto.

ART. 5 - RECESSO DAL CONTRATTO (DIRITTO DI RIPENSAMENTO)

Entro 30 giorni dal momento in cui il Contraente è informato che il contratto è concluso può recedere, mediante comunicazione scritta da inviarsi secondo le modalità di cui al precedente art. 4, allegando l'originale di polizza e le eventuali appendici.

La notifica del recesso libera le parti da qualunque obbligo derivante dal contratto con decorrenza dal giorno di spedizione della lettera raccomandata di cui sopra, quale risulta dal timbro postale della relativa raccomandata.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il versamento da questi corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto, individuate forfettariamente in € 50,00.

ART. 6 - DURATA DEL CONTRATTO

La durata del contratto è stabilita all'atto della stipula ed è pari al periodo di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e la data di scadenza.

ART. 7 - 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 c.c., 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 c.c., 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. 8 - 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 o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni il caso se viaggia in qualità di mem-

bro 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;
- malattie che siano espressione di patologie di origine genetica;
- abuso di alcool e droghe;
- 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.

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

Premesso che l'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, 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 - in luogo del capitale assicurato - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di accessori e imposte.

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

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

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite 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 sarà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di accessori ed imposte. 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 all'ammontare dei premi versati al netto di accessori ed imposte. 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. 9 - RISCHIO INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

A) DEFINIZIONE

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 ed abitudi-

ni; 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.

B) CARENZA

Qualora lo stato di invalidità totale e permanente causato da malattia insorga nei primi 6 mesi dalla data di decorrenza contrattuale (periodo elevato a 12 mesi per invalidità totale e permanente dovuta a gravidanza, parto o complicazioni derivanti da questi) o qualora prima dell'emissione del contratto l'Assicurato scelga di non sottoporsi a test HIV, se lo stato di invalidità totale e permanente insorge entro i primi sette anni dalla data di decorrenza delle presenti garanzie assicurative, ed è dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa correlata, il capitale assicurato non verrà corrisposto.

In suo luogo sarà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di accessori ed imposte. Resta inteso che, nel caso di riduzione, il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso morte.

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

C) ESCLUSIONI

La Società non risponde per i casi di invalidità conseguenti:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- 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;
- 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.

Inoltre, non sono assicurabili, indipendentemente dallo stato di salute rilevabile dal questionario o dagli accertamenti sanitari, le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, farmaci), infezioni da HIV, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi.

In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolata al momento della denuncia di invalidità.

D) CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

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

E) DENUNCIA DELL'INVALIDITÀ ED 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 C.C..

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.

F) ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ, CONTROVERSIE, PERIZIA CONTRATTUALE

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 prece-

denza, 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.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle 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. 10 - PRESTAZIONE AGGIUNTIVA IN CASO DI MORTE DOVUTA AD INFORTUNIO

A) OGGETTO

L'assicurazione complementare infortuni garantisce la corresponsione al Beneficiario designato di un capitale per il caso di decesso dell'Assicurato in conseguenza di infortunio, sempre che la morte si verifichi entro un anno dal giorno dell'evento e per cause direttamente collegate all'infortunio stesso.

B) DEFINIZIONE DI INFORTUNIO

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

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

C) DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia complementare decorre dal giorno in cui entra in vigore la garanzia principale.

D) ESCLUSIONE DEL RISCHIO

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

- l) inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, disintegrazioni del nucleo atomico;

- II) fatti di guerra, operazioni militari, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale ed a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- III) atti dolosi commessi dall'Assicurato, fatti salvi i casi di legittima difesa, e atti contro la propria persona compiuti o consentiti dall'Assicurato;
- IV) imprudenza o negligenza grave, partecipazione a corse, gare, scommesse e relativi allenamenti e prove, salvo il caso che si tratti di corse podistiche, gare boccioline, pesca non subacquea, tiro a segno, tiro a volo e simili, scherma e tennis;
- V) uso e guida di mezzi subacquei o di mezzi aerei salvo che l'Assicurato si trovi in qualità di passeggero su un apparecchio in servizio pubblico su linee autorizzate ed esercitate da società di traffico aereo regolare;
- VI) 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;
- VII) abuso di alcool o uso di stupefacenti o per effetto di operazioni chirurgiche o trattamenti non resi necessari dall'infortunio o riguardanti la cura della persona;
- VIII) malaria, carbonchio e avvelenamento comunque causato.

E) CESSAZIONE DELLA GARANZIA

La garanzia si estingue:

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

F) CAPITALE ASSICURATO

In caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio la Società corrisponderà un capitale pari a quello garantito in caso di morte o invalidità totale e permanente.

Se il decesso dell'Assicurato è dovuto ad infortunio conseguente ad incidente stradale, come definito alla precedente lettera B), il capitale da corrispondersi per morte da infortunio sarà di importo raddoppiato.

G) IL PREMIO

Il premio di prima annualità è pari all'1,5 per mille del capitale liquidabile in caso di morte (comprensivo del bonus di cui al successivo art.17), oltre all'imposta di legge, e sarà corrisposto con le stesse modalità del premio relativo alla garanzia principale. Il

premio si rivaluta annualmente nella stessa misura del premio relativo alla garanzia principale.

ART. 11 - 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:

1. il Contraente e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
2. si sia verificata la morte del Contraente;
3. 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. 12 - 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. sports, hobby, professione ecc.) dell'Assicurato.

Tale importo, qualora il contratto sia stato concluso senza visita medica, non potrà essere superiore a € 180.000,00, anche derivante da una pluralità di rapporti assicurativi gestiti dalla Società.

ART. 13 - VERSAMENTI DEL PREMIO

Le prestazioni si acquisiscono mediante l'effettuazione di una successione di versamenti annui anticipati il cui ammontare iniziale è stabilito al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione e non potrà in ogni caso essere inferiore a € 600,00.

Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite, contro quietanze emesse dalla Società, presso la sede della Società o presso la sede dell'Agenzia cui è assegnata la polizza a mezzo assegno bancario non trasferibile intestato alla Società. 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. E' ammessa una dilazione di 30 giorni senza oneri di interessi.

Il premio può essere corrisposto anche in rate subannuali (frazionamento semestrale o trimestrale). In tali casi la maggiorazione di costo è pari ad un minimo del 3% per rate

semestrali e ad un massimo del 4,5% per rate trimestrali, la richiesta dovrà essere effettuata a mezzo raccomandata A/R alla Società almeno 90 giorni prima della ricorrenza annuale della polizza.

ART. 14 - INTERRUZIONE DEL VERSAMENTO DEI PREMI (RISOLUZIONE - RIDUZIONE)

In caso di mancato pagamento del premio e sempre che siano state corrisposte almeno tre annualità di premio, qualora la durata contrattuale non sia inferiore a 5 anni, od almeno due annualità di premio, qualora la durata del contratto sia inferiore a 5 anni, l'assicurazione resta in vigore, libera da ulteriori premi per una prestazione ridotta successivamente definita, pagabile alla scadenza del contratto in caso di vita dell'Assicurato a tale data.

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 alla Società.

La prestazione ridotta è determinata dalla somma dei due seguenti importi:

- un primo importo pari al capitale riproporzionato, come di seguito definito, ridotto nella misura del rapporto tra il numero dei premi annui pagati, comprese eventuali frazioni di premio annuo, ed il numero dei premi annui pattuito;
- un secondo importo pari alla differenza tra il capitale quale risulta rivalutato all'anniversario che precede la data di scadenza della prima rata di premio non pagata ed il capitale riproporzionato di seguito definito.

Per capitale riproporzionato si intende il prodotto del capitale inizialmente assicurato per il rapporto tra 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 siano state corrisposte almeno cinque annualità di premio, la prestazione ridotta verrà rivalutata nella misura prevista al punto A) della Clausola di Rivalutazione, ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto che coincida o sia successivo alla data di sospensione del pagamento dei premi. Qualora invece siano state corrisposte meno di cinque annualità di premio, la prestazione ridotta verrà rivalutata nella misura prevista al punto A) della Clausola di Rivalutazione, a partire dal quinto anniversario della data di decorrenza del contratto.

In caso di decesso dell'Assicurato, verrà corrisposto un importo pari al capitale ridotto in vigore alla ricorrenza annuale che precede la data di decesso.

ART. 15 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI (RIATTIVAZIONE)

Entro dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio rimasta insoluta il Contraente può richiedere la riattivazione del contratto.

La riattivazione può avvenire, esclusivamente dietro richiesta scritta da parte del Contraente ed accettazione nella stessa forma da parte della Società, che può a tal fine richiedere apposita documentazione sanitaria.

La riattivazione è condizionata al pagamento di tutti i premi arretrati aumentati degli inte-

ressi calcolati sulla base del tasso annuo di riattivazione nonché in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione.

Per tasso annuo di riattivazione si intende il tasso che si ottiene sommando tre punti alla misura percentuale della rivalutazione applicata alla polizza (a norma della Clausola di Rivalutazione), all'inizio dell'anno assicurativo al quale ciascuna rata arretrata si riferisce, con un minimo del tasso legale di interesse.

La riattivazione del contratto, risoluto o ridotto per mancato pagamento dei premi, ed effettuata nei termini di cui ai precedenti commi, ripristina le prestazioni assicurate ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi. In ogni caso di riattivazione, il contratto entra nuovamente in vigore alle ore 24 del giorno di versamento dell'intero importo dovuto.

ART. 16 - SPESE DEL CONTRATTO

Su ogni versamento effettuato, al netto del premio lordo corrisposto per la prestazioni di cui al precedente art. 10, gravano spese per la produzione e per la gestione del contratto pari a una cifra iniziale di € 25,00 rivalutabile annualmente nella stessa misura prevista per la rivalutazione del premio, e un'aliquota pari al 12% applicata sull'importo residuo.

ART. 17 - BONUS

Il bonus, come di seguito definito, verrà liquidato alla scadenza del contratto purché lo stesso sia al corrente con il pagamento dei premi. Il bonus è pari al 5,4% complessivo per i primi cinque anni di durata contrattuale, allo 0,4% per ogni anno di durata dal 6° al 19° anno e all'1,5% per ogni anno di durata dal 20° al 25° anno compreso. Per gli anni successivi al 25° e fino alla scadenza contrattuale, l'importo del bonus rimane uguale a quello previsto per contratti di durata pari a 25 anni.

Il bonus in forma percentuale, così definito, applicato al capitale iniziale determina l'ammontare del bonus iniziale. Tale bonus si rivaluterà secondo quanto previsto alla Clausola di rivalutazione.

In caso di decesso o invalidità totale e permanente dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, sempreché la polizza sia al corrente con il pagamento dei premi, la percentuale del bonus verrà applicata nella misura del 50% alla prestazione prevista per il caso di morte. Il bonus non concorre a determinare il valore di riscatto.

ART. 18 - CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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 appresso 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

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

Il rendimento lordo della gestione speciale Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO" è quello realizzato nei dodici mesi che precedono l'inizio del terzo mese antecedente quello nel quale cade l'anniversario considerato.

Tale valore si ottiene moltiplicando il rendimento di cui al punto 5 del regolamento della gestione speciale Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO", per l'aliquota di partecipazione fissata di anno in anno. L'aliquota non risulterà comunque inferiore al 90% fino al decimo anno ed al 95% dall'undicesimo anno.

Qualora la differenza fra il rendimento della gestione e quello da attribuire al contratto determinato in base alla suddetta aliquota risulti inferiore allo 0,80%, il rendimento da attribuire al contratto verrà determinato sottraendo, dal rendimento della gestione, la predetta aliquota dello 0,80%.

Il rendimento netto attribuito al contratto è pari al rendimento lordo, come precedentemente determinato, diminuito del tasso tecnico della tariffa pari all'1%, scontato per un anno al tasso tecnico predetto.

Qualora tale valore risulti negativo, il rendimento da attribuire sarà uguale a zero.

La misura e le modalità di rivalutazione della rendita, in caso di esercizio della relativa opzione a scadenza, verranno determinate all'atto della conversione del capitale in rendita.

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.

Il capitale rivalutato si otterrà sommando i seguenti due importi:

- un primo importo pari al capitale assicurato in vigore nell'anno precedente rivalutato in base alla misura di rivalutazione di cui al punto A);
- un secondo importo che si ottiene moltiplicando il capitale riproporzionato, come appreso definito, per la differenza fra la misura annua di rivalutazione del premio e quella di rivalutazione di cui al punto A) e riducendo il prodotto nella misura del rapporto fra il numero di anni mancanti alla data di scadenza del contratto ed il numero degli anni di durata del differimento contrattuale.

Per capitale riproporzionato si intende il prodotto del capitale inizialmente assicurato per il rapporto tra 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.

Gli aumenti del capitale assicurato, verranno comunicati al Contraente in coincidenza dei singoli anniversari della data di decorrenza del contratto. Tali aumenti si applicano anche ai contratti con prestazione ridotta, purché siano trascorsi almeno 5 anni dalla data di decorrenza della polizza.

C) RIVALUTAZIONE DEL PREMIO

A fronte della rivalutazione del capitale assicurato, il premio dovuto all'anniversario di cui al precedente punto B), verrà aumentato nella misura del 3% annuo, costante per l'intera durata contrattuale.

D) LIMITAZIONE O RIFIUTO DELLA RIVALUTAZIONE DEL PREMIO

Il Contraente ha facoltà ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza e con preavviso scritto di almeno tre mesi, di chiedere che la rivalutazione del premio venga effettuata in misura inferiore a quella fissata al precedente punto C) oppure che non venga effettuata.

La limitazione o il rifiuto della rivalutazione del premio non pregiudica il diritto del Contraente di accettare successive rivalutazioni in misura completa o limitata.

Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di limitare la rivalutazione del premio in scadenza ad un anniversario della data di decorrenza del contratto anteriore al quinto, il capitale assicurato nell'anno precedente verrà rivalutato in base alla misura limitata di rivalutazione del premio con il limite massimo del tasso di rivalutazione di cui al precedente punto A).

Se, l'anniversario considerato cade dopo almeno cinque anni dalla data di decorrenza o comunque trascorsi cinque anni dalla data di decorrenza del contratto, verrà riconosciuta una ulteriore maggiorazione della prestazione a titolo di rivalutazione.

Il capitale rivalutato si otterrà sommando i due seguenti importi:

- un primo importo pari al capitale assicurato in vigore nell'anno precedente rivalutato in base alla misura di rivalutazione di cui al punto A);
- un secondo importo che si ottiene moltiplicando il capitale riproporzionato, come appresso definito, per la differenza fra la misura annua di rivalutazione del premio e quella di rivalutazione di cui al punto A) e riducendo il prodotto nella misura del rapporto fra il numero di anni mancanti alla data di scadenza del contratto ed il numero degli anni di durata del differimento contrattuale.

Per capitale riproporzionato si intende il prodotto del capitale inizialmente assicurato per il rapporto tra 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 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.

Se l'anniversario considerato cade dopo almeno cinque anni dalla data di decorrenza o comunque trascorsi cinque anni dalla data di decorrenza del contratto, verrà riconosciuta una maggiorazione della prestazione a titolo di rivalutazione.

Il capitale rivalutato si otterrà sommando al capitale in vigore nell'anno precedente i seguenti due importi:

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

Per capitale riproporzionato si intende il prodotto del capitale inizialmente assicurato per il rapporto tra 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.

ART. 19 - RISCATTO

Dopo il pagamento di almeno tre annualità di premio il contratto, su esplicita richiesta del Contraente (da inviarsi alla Società con le modalità di cui al precedente art. 4), 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 2,50% nel caso in cui siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza del contratto e del 2,75% nel caso in cui gli anni trascorsi siano invece inferiori a cinque.

ART. 20 - 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. 21 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altri il contratto (art. 1406 c.c.), 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, le operazioni di riscatto, recesso e di prestito richiedono l'assenso scritto del creditore o vincolatario.

ART. 22 - OPZIONI ALLA SCADENZA CONTRATTUALE

Su richiesta del Contraente, da effettuarsi entro la scadenza contrattuale, la prestazione pagabile in caso di sopravvivenza dell'Assicurato a tale epoca, 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.

ART. 23 - MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

Tutti i pagamenti dovuti dalla Società in esecuzione del contratto vengono effettuati presso il domicilio della stessa o del competente soggetto abilitato, contro rilascio di regolare quietanza da parte degli aventi diritto.

I pagamenti vengono effettuati previa richiesta, da inviarsi alla Società - per lettera raccomandata -, completa di tutta la documentazione richiesta.

In caso di richiesta di liquidazione per scadenza i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza ed eventuali appendici;
- 2) fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento;
- 3) modello EPS 266 - in allegato -;
- 4) indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (allo scopo può essere utilizzato l'allegato modello EPS 270);
- 5) Per la liquidazione delle rendite, in casi di pagamento della rendita a mezzo bonifico bancario o assegno circolare, la Società dovrà ricevere, a cura dell'avente diritto, a mezzo raccomandata A.R., almeno cinque giorni prima della data di pagamento di ogni singola rata di rendita, idoneo certificato di esistenza in vita dell'Assicurato.

In caso di richiesta di liquidazione per riscatto i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza ed eventuali appendici;
- 2) fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento;
- 3) Modello EPS 266 - in allegato - ;
- 4) indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (allo scopo può essere utilizzato l'allegato modello EPS 270).

In caso di richiesta di concessione di prestito i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza ed eventuali appendici;
- 2) fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento
- 3) modello EPS 266 - in allegato -;
- 4) indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (allo scopo può essere utilizzato l'allegato modello EPS 270);

In caso di richiesta di liquidazione per Sinistro - Denuncia di Morte i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza ed eventuali appendici;
- 2) certificato di morte sul quale sia indicata anche la data di nascita;
- 3) modello EPS 269 (legge 675/96) - in allegato - sottoscritto da tutti i Beneficiari;
- 4) modello EPS 266 - in allegato -;
- 5) atto notorio in copia autentica, dal quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento e nel quale siano indicati gli eredi legittimi (nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto intestato, copia del testamento);
- 6) indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (allo scopo può essere utilizzato l'allegato modello EPS 270);
- 7) nel caso in cui tra i beneficiari del contratto fossero presenti soggetti minorenni o incapaci verrà richiesta (determinato correttamente il capitale da liquidare, ed in particolare la quota dello stesso spettante a predetti soggetti) copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la riscossione della quota destinata ai beneficiari minorenni o incapaci.

Se il decesso è conseguente a malattia, alla Società occorrono:

- relazione del medico curante da redigersi sul modello EPS 268 in allegato;
- copia autenticata della cartella clinica dell'ultimo ricovero;
- referto autoptico;
- copia autenticata della cartella clinica relativa al primo ricovero in occasione del quale venne posta la diagnosi della malattia che condusse al decesso dell'Assicurato;
- lettere di dimissioni relative ad altri eventuali ricoveri.

Se il decesso è avvenuto per infortunio od incidente stradale, occorrono:

- copia del referto autoptico e dell'esame alcoolimetrico (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, nonché estratto del registro degli atti penali recante l'indicazione dell'ipotesi di reato per la quale sia stato richiesto il rinvio a giudizio.

In caso di richiesta di liquidazione del capitale per 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 ha comunque diritto, in considerazione di particolari esigenze istruttorie, a richiedere l'ulteriore documentazione necessaria a verificare la persistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma dovuta viene liquidata agli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso, purchè a tale data sia stata ricevuta tutta la documentazione necessaria; in caso contrario, la somma dovuta viene liquidata entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione completa. Decorso tale termine - ed a partire dal medesimo - sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

ART. 24 - 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 con avviso di ricevimento, e possono ottenerne un duplicato a proprie spese.

ART. 25 - TASSE ED IMPOSTE

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

ART. 26 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è esclusivamente competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente.

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, che viene contraddistinta con il nome 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 della 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 per cento 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 Compagnia.

ART. 7

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

PIANO PREVIDENZIALE BONUS

SEZIONE I B

PRESTAZIONI
ASSICURATIVE PER
INVALIDITÀ
E RICOVERO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

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

RICOVERO: la degenza, comportante il pernottamento, in Istituto di cura.

ISTITUTO DI CURA: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno.

LUNGA DEGENZA: 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 a domicilio e la permanenza in Istituto di Cura è resa necessaria da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

ART. 1- INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce durante lo svolgimento dell'attività professionale ed extra-professionale, salvo quanto riportato successivamente.

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

Inoltre, sono considerati infortuni e quindi compresi in garanzia:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi muscolari.

Sono inoltre compresi gli infortuni derivanti da:

- g) stato di malore o incoscienza;
- h) imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) tumulti popolari, sommosse o atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- l) guida od uso di veicoli o di natanti anche a motore, compresa la partecipazione a gare di regolarità pura;
- m) pratica di sports in genere anche con partecipazione a gare e relative prove, purché svolta a carattere ricreativo, compresi i seguenti: ippica, calcio, ciclismo, subacquei anche con uso di autorespiratori, rugby, football americano, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme;
- n) le conseguenze di sforzi muscolari aventi carattere traumatico e le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa per le ernie ha effetto dalla data di entrata in vigore del contratto sempre che da documentazione medica risulti che l'Assicurato non è portatore di tali infermità. In mancanza di detta documentazione la garanzia sarà invece operante dopo un periodo di aspettativa di 180 gg.;
 - qualora l'ernia risulti operabile non verrà corrisposta alcuna indennità;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio medico di cui al successivo art. 8;
- o) partecipazione a viaggi turistici o di trasferimento - effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri, esclusi deltaplani ed ultraleggeri - da chiunque gestiti, tranne che:
- da aeroclubs;
 - da società/azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da quelli di trasporto pubblico di passeggeri.

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

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

€ 258.228,45

e complessivamente per aeromobile:

€ 1.032.913,80

per il caso di invalidità permanente.

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

CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ PER L'INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO.

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

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di invalidità permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro (Legge 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute alla data di

stipula della presente polizza) con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

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

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

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

INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

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

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

LIMITAZIONE PER INVALIDITÀ PREESISTENTI

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive 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 alla "Tabella delle valutazioni del grado di invalidità permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro (Legge 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ESCLUSIONI

Non sono indennizzabili i danni:

- a) verificatisi in connessione con atti di guerra, insurrezione, occupazione militare, invasioni, ostilità;
- b) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (quali ad esempio: fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- c) verificatisi in occasione di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

- d) derivanti da movimenti tellurici, da eruzioni vulcaniche o da inondazioni;
 - e) derivanti dall'uso e guida di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura o nelle relative prove;
 - f) derivanti dalla guida di veicoli o natanti nel caso in cui l'Assicurato sia privo della relativa abilitazione (quando la legge ne faccia specifica prescrizione) ovvero - in ogni altro caso - sia sprovvisto dei requisiti obiettivamente necessari alla guida;
 - g) derivanti dalla guida od uso di aeromobili, salvo quanto previsto dall'art. 1 al punto "Oggetto dell'Assicurazione" lett. o);
 - h) conseguenti agli infarti ed alle ernie, salvo quanto previsto dall'art. 1 al punto "Oggetto dell'Assicurazione" lett. n);
 - i) derivanti dall'esercizio o pratica di:
 - paracadutismo o sports aerei in genere;
 - sports ed attività acrobatiche, ivi compreso sci acrobatico o salto dal trampolino con sci o idrosci;
 - speleologia;
 - bob o guidoslitta;
 - pugilato;
 - scalata di roccia od accesso ai ghiacciai;
 - j) sofferti in stato di ubriachezza o che siano conseguenti ad abuso di psicofarmaci o all'uso di stupefacenti o allucinogeni.
- La garanzia non vale inoltre per:
- le conseguenze di operazioni chirurgiche;
 - gli accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

SOMMA ASSICURATA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

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

IL PREMIO

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

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

ART. 2 - DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata e su presentazione della cartella clinica com-

pleta di ogni documentazione e di attestato di degenza (in originale) rilasciato dall'Istituto di cura dove risulti indicato il motivo e la durata del ricovero.

I documenti prodotti dall'Assicurato potranno essere restituiti a fronte di richiesta scritta alla Società.

IL PREMIO

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

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

DECORRENZA DELLE GARANZIE

La garanzia ha effetto:

- per le prestazioni conseguenti ad infortunio, dalle ore 24 del giorno di decorrenza della garanzia principale;
- per le prestazioni relative alle malattie, dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia principale;
- per le prestazioni relative a situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula del contratto, nonché per il parto, dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia. Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di carenza di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione. Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa alla scadenza annuale senza soluzione di continuità di altra polizza, riguardante lo stesso 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 esse previste.

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

ESCLUSIONI

Sono esclusi i ricoveri determinati da:

- a) conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipula del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
- b) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipula della polizza;
- c) gli stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- d) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) infortuni esclusi nel precedente art. 1;
- f) intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, ad uso di stupefa-

- centi o allucinogeni;
- g) aborto non terapeutico;
 - h) prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio);
 - i) cure dentarie, paradontopatie ed applicazioni di protesi dentarie non rese necessarie da infortunio;
 - l) la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
 - m) ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza;
 - n) i ricoveri in case di riposo ancorchè qualificati Istituti di Cura;
 - o) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - p) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

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

ART. 3 - LIMITAZIONE AI SOLI RISCHI EXTRA-PROFESSIONALI

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

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

ART. 4 - SERVIZIO MILITARE

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

ART. 5 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 6 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 7 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 10 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

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

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

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

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

ART. 8 - CONTROVERSIE - PERIZIA CONTRATTUALE

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

Il Collegio risiede nel Comune sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'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 di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni

formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle perizie contrattuali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

ART. 9 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile, 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 di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla data di 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.

ART. 10 - RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 11 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI 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. 12 - 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. 13 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 14 - ONERI FISCALI

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

ART. 15 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è esclusivamente competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente.

ART. 16 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

PIANO PREVIDENZIALE BONUS

SEZIONE II
(FACOLTATIVA)

PRESTAZIONI
ASSICURATIVE
PER PREMORIENZA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

SOCIETÀ: ERGO Previdenza S.p.A..

CONTRAENTE: chi stipula la polizza con la Società.

ASSICURATO: la persona sulla cui vita è stipulata la polizza.

BENEFICIARI: coloro ai quali spettano le somme assicurate.

PREMIO: l'importo dovuto dal Contraente alla Società.

RISERVA MATEMATICA: l'importo accantonato dalla Società per far fronte in futuro ai propri obblighi contrattuali.

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione.

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione.

ART. 1 - OGGETTO

Il presente contratto di assicurazione garantisce ai Beneficiari designati la corresponsione di un capitale, in caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto questo si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Società. Questa assicurazione prevede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica.

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

Ogni cambiamento dell'attività professionale deve essere comunicato alla Società.

ART. 2 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DECORRENZA DEGLI EFFETTI

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

La decorrenza del contratto coincide con la decorrenza prevista per la polizza principale di cui alla Sezione I.

ART. 3 - REVOCA DELLA PROPOSTA

Fino a quando il contratto non è concluso il Contraente ha facoltà di revocare la proposta, mediante comunicazione scritta da inviare tramite raccomandata A. R. a ERGO Previdenza

S.p.A. - via Pampuri 13, 20141 Milano.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto.

ART. 4 - RECESSO DAL CONTRATTO (DIRITTO DI RIPENSAMENTO)

Entro 30 giorni dal momento in cui il Contraente è informato che il contratto è concluso può recedere, mediante comunicazione scritta da inviarsi secondo le modalità di cui al precedente art. 3, allegando l'originale di polizza e le eventuali appendici.

La notifica del recesso libera le parti da qualunque obbligo derivante dal contratto con decorrenza dal giorno di spedizione della lettera raccomandata di cui sopra, quale risulta dal timbro postale della relativa raccomandata.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il versamento da questi corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto, individuate forfettariamente in € 26,00.

ART. 5 - IL PREMIO

Il premio annuale fissato in € 77,47 è comprensivo, oltre che dell'eventuale imposta di legge, dei costi per l'acquisizione e la gestione del contratto, di cui al successivo art. 7 ed è costante per l'intera durata contrattuale.

ART. 6 - REQUISITI SOGGETTIVI

Sono valide le delimitazioni contenute nell'art. 2 della Sezione I A.

ART. 7 - COSTI

I costi del presente contratto vengono detratti dall'importo del premio annualmente corrisposto.

L'ammontare di dette spese è costituito:

- da una cifra fissa, applicata sul premio, pari a € 7,75;
- dall'11% del premio netto residuo.

ART. 8 - DURATA

Il presente contratto ha una durata equivalente a quella prevista per la Sezione I A con un limite massimo di 20 anni.

ART. 9 - DICHIARAZIONE 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 c.c., 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 c.c., 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. 10 - CAPITALE ASSICURATO

In caso di decesso dell'Assicurato la Società corrisponderà il capitale determinato in relazione all'età e al sesso dell'Assicurato nonché alla durata contrattuale.

Nella determinazione del capitale assicurato potranno influire situazioni soggettive relative allo stato di salute ed alle abitudini di vita (ad es. sports, hobby, professione ecc.) dell'Assicurato.

Tale importo, qualora il contratto sia stato concluso senza visita medica, non potrà essere superiore a € 180.000,00, anche derivante da una pluralità di rapporti assicurativi gestiti dalla Società.

ART. 11 - RISCHIO MORTE

Non rileva, ai fini della garanzia, il luogo dove avviene il decesso.

A) ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia solo il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano. In tal caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni previste dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- 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;
- malattie che siano espressione di patologie di origine genetica;

- abuso di alcol e droga;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche.
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione e, trascorso tale periodo, nei primi sei mesi dall'eventuale riattivazione.

B) CONDIZIONI DI CARENZA PER ASSICURAZIONI SENZA VISITA MEDICA

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

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

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

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite 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, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiamo 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. 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 ASSICURAZIONE 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.

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

ART. 12 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO ANNUO

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio successiva a quella di primo anno, trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non pagata, determina la sospensione della garanzia assicurativa per un periodo massimo di 12 mesi. Se entro tale periodo, alle condizioni previste dal successivo art. 13, il Contraente non riprende il pagamento, il contratto si intenderà estinto ed i premi acquisiti dalla Società.

ART. 13 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO ANNUO: RIATTIVAZIONE

Entro il termine di 12 mesi dalla data di scadenza della prima rata di premio rimasta insoluta il Contraente può richiedere la riattivazione del contratto.

La riattivazione è condizionata al pagamento di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi legali e può avvenire esclusivamente dietro richiesta scritta da parte del Contraente ed accettazione nella stessa forma da parte della Società, che può a tal fine richiedere apposita documentazione sanitaria. In ogni caso di riattivazione, il contratto entra nuovamente in vigore alle ore 24 del giorno di versamento dell'intero importo dovuto.

Trascorsi i termini di cui sopra senza che sia avvenuta la riattivazione, o in caso di sua mancata accettazione da parte della Società, il contratto è risolto e i premi pagati rimangono acquisiti dalla Società.

ART. 14 - BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE

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

- dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, 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 pegno sul credito o vincolo delle somme assicurate richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

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

ART. 15 - MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

Tutti i pagamenti dovuti dalla Società in esecuzione del contratto vengono effettuati presso il domicilio della stessa o del competente soggetto abilitato, contro rilascio di regolare quietanza da parte degli aventi diritto.

I pagamenti vengono effettuati previa richiesta, da inviarsi alla Società - per lettera raccomandata -, completa di tutta la documentazione richiesta.

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

- originale della polizza;
- certificato di morte dell'Assicurato su cui sia indicata anche la data di nascita;
- modello EPS 269 (legge 675/96) - in allegato - sottoscritto da tutti i Beneficiari;
- atto notorio in copia autentica dal quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento e nella quale siano indicati gli eredi legittimi (nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto intestato, copia del testamento);
- dati anagrafico/fiscali dei Beneficiari;
- nel caso in cui tra i Beneficiari del contratto fossero presenti soggetti minorenni o incapaci verrà richiesta (determinate correttamente le somme da liquidare, ed in particolare la parte delle stesse spettante a predetti soggetti) copia autentica del Decreto del giudice tutelare, con il quale si dispone della quota destinata ai Beneficiari minorenni;
- indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (allo scopo può essere utilizzato l'allegato modello EPS 270).

Se il decesso è conseguente a malattia, alla Società occorrono:

- relazione del medico curante da redigersi sul modello EPS 268 in allegato;
- cartella clinica riportante la data di insorgenza della patologia che ha determinato il decesso;
- referto autoptico.

Se il decesso è avvenuto per infortunio od incidente stradale, occorrono:

- copia del referto autoptico e dell'esame alcoolimetrico (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, nonché estratto del registro degli atti penali recante l'indicazione dell'ipotesi di reato per la quale sia stato richiesto il rinvio a giudizio.

La Società ha comunque diritto, in considerazione di particolari esigenze istruttorie, a richiedere l'ulteriore documentazione necessaria a verificare persistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma dovuta viene liquidata agli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso, purchè a tale data sia stata ricevuta tutta la documentazione necessaria; in caso contrario, la somma dovuta viene liquidata entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione completa. Decorso tale termine - ed a partire dal medesimo - sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

ART. 16 - CESSIONE E COSTITUZIONE IN PEGNO E VINCOLO SUI CREDITI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Il Contraente può cedere ad altri il contratto (art. 1406 c.c.), 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.

ART. 17 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è esclusivamente competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente.

PIANO PREVIDENZIALE BONUS

NOTA
INFORMATIVA

PREMESSA

La presente nota informativa ha lo scopo di fornire tutte le informazioni preliminari necessarie al Contraente per sottoscrivere l'assicurazione prescelta, con cognizione di causa e fondatezza di giudizio.

Al tal fine, in ottemperanza a quanto disposto con circolare ISVAP 487/d del 24 ottobre 2002, SI EVIDENZIA QUANTO SEGUE:

- il Piano Previdenziale Bonus viene distribuito in esclusiva per ERGO Previdenza S.p.A. dalla rete Network Marketing facente capo all'Agenzia SSI-ASSCONSULT (cod. 801) sub-Agenzia Star Service International S.r.l. (cod. 800);
- i produttori appartenenti alla rete Network Marketing di cui sopra sono tenuti ad esibire apposito tesserino di riconoscimento numerato ed in corso di validità, corredato da fotografia (o accompagnato da documento di identità) e riportante le proprie generalità nonché l'indicazione della sede dell'Agenzia e della Sub-Agenzia mandante;
- il Servizio Clienti della Società (tel. 199.157.157 - fax 0257442360 - E-mail: comunicazioni@ergoitalia.it) è a completa disposizione di coloro che ritenessero necessario ricevere ulteriori informazioni relativamente al presente prodotto assicurativo.

L'informativa precontrattuale e in corso di contratto relativa alla tipologia di polizza di seguito descritta è regolata da specifiche disposizioni emanate dall'ISVAP, sulla base delle norme emanate a tutela del consumatore dall'Unione Europea per il settore delle assicurazioni sulla vita e operazioni di capitalizzazione, recepite nell'ordinamento italiano con il Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 174.

La presente nota informativa non è soggetta al preventivo controllo da parte dell'ISVAP.

A

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

1. DENOMINAZIONE SOCIALE, FORMA GIURIDICA ED INDIRIZZO

ERGO Previdenza S.p.A. ha Sede Legale e Direzione Generale in Via Pampuri 13, 20141 Milano ed è una Compagnia di assicurazioni sulla vita, quotata alla Borsa Italiana S.p.A., controllata tramite la Holding ERGO Italia S.p.A. da ERGO Versicherungsgruppe AG.

ERGO Previdenza S.p.A. (in seguito denominata la "Società") è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 6 aprile 1992 (G.U. 10 aprile 1992, n. 85), Codice Fiscale e N° di iscrizione al Registro Imprese di Milano 03735041000, - Partita IVA n. 10637370155.

2. ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ:

Telefono 0257441 - Fax 0257309953

C/C postale N. 29097201

SERVIZIO CLIENTI: Telefono 199.157.157 - Fax 0257442360

E-mail: comunicazioni@ergoitalia.it

B

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

B.1 - DEFINIZIONE DI CIASCUNA GARANZIA E OPZIONE

Il contratto prevede le seguenti garanzie:

1. il pagamento, alla scadenza contrattuale, qualora l'Assicurato sia in vita, di un capitale rivalutatosi annualmente durante l'intera durata contrattuale;
2. il riconoscimento alla scadenza contrattuale di una maggiorazione del capitale denominata "bonus" purchè siano stati versati i premi contrattualmente previsti per l'intera durata del contratto;
3. in caso di morte dell'Assicurato anteriormente alla scadenza contrattuale, il contratto si risolve anticipatamente e viene pagato ai Beneficiari designati il capitale assicurato in vigore alla data del decesso, maggiorato del 50% dell'importo del bonus maturato all'anniversario che precede tale data sempreché il contratto sia al corrente con il versamento dei premi. Nel caso in cui la polizza sia stata emessa senza visita medica la prestazione contrattualmente prevista per il caso di morte è limitata per un periodo di 6 mesi come disciplinato all'art. 8 B) delle condizioni di carenza per polizze senza visita medica, sezione I A. Tale periodo è esteso a 5 anni qualora il decesso sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata. Qualora l'Assicurato, pur avendo prodotto il documento di visita medica necessario all'esclusione del periodo di carenza di cui sopra, non abbia aderito alla richiesta della Società di allegare gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, si applicherà quanto disposto all'art. 8 C), sezione I A delle condizioni di assicurazione;
4. nel caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato intervenuta anteriormente alla scadenza contrattuale, verrà liquidato all'Assicurato il capitale previsto per il caso di morte di cui al precedente paragrafo 3. Viene applicato per questa garanzia il periodo di carenza previsto all'art. 9 B), sezione I A delle condizioni di assicurazione.
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, nonchè della capacità di svolgere ogni lavoro confacente alle sue attitudini ed 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.

5. il capitale previsto per la garanzia di cui al punto 3) verrà raddoppiato in caso di morte per infortunio e triplicato in caso di morte a seguito di infortunio dovuto ad incidente stradale, sempreché la morte si verifichi entro un anno dal giorno dell'evento e per cause direttamente collegate all'infortunio stesso.

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

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

6. il riconoscimento di un indennizzo per invalidità permanente da infortunio di grado non inferiore al 5% dell'invalidità totale;

7. il riconoscimento di una diaria da ricovero a seguito di infortunio o malattia. La garanzia ha effetto:

- per le prestazioni conseguenti ad infortunio, dalle ore 24 del giorno di decorrenza della garanzia principale;
- per le prestazioni relative alle malattie, dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia principale;
- per le prestazioni relative a situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula del contratto, nonché per il parto, dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia. Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di carenza di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione. Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa alla scadenza annuale senza soluzione di continuità di altra polizza, riguardante lo stesso 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 esse previste.

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

8. la facoltà per il Contraente, mediante comunicazione scritta da effettuarsi entro la scadenza contrattuale, di convertire la prestazione pagabile in caso di sopravvivenza

dell'Assicurato a tale epoca, 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, in caso di esercizio della relativa opzione a scadenza, verranno determinate all'atto della conversione del capitale in rendita.

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 verranno comunicati a richiesta del Contraente.

È inoltre possibile sottoscrivere la garanzia integrativa vita facoltativa disciplinata alla Sezione II. Tale polizza prevede la corresponsione di un capitale costante in caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale. Per tale prestazione vige il periodo di carenza previsto all'art. 11 B) delle specifiche condizioni di assicurazione riportate alla Sezione II.

B. 2 - CONCLUSIONE 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, sempreché sia stato effettuato il versamento dell'importo stabilito.

B.3 - DURATA DEL CONTRATTO

La durata del contratto è stabilita all'atto della stipula dello stesso ed è pari al periodo di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e la data di scadenza. In caso di sottoscrizione della garanzia integrativa vita la durata prevista per tale contratto facoltativo è equivalente a quella prevista per il contratto principale Sezione I A, con il limite massimo di anni 20.

La scelta della durata deve essere effettuata dal Contraente tenendo in considerazione l'epoca in cui desidera avere la disponibilità del capitale o della rendita di opzione.

Per questo tipo di contratto sono previsti i seguenti limiti di età dell'Assicurando:

- all'entrata in assicurazione: al momento della sottoscrizione del contratto deve essere compresa tra i 18 ed i 60 anni;
- alla scadenza del contratto un massimo di anni 70.

B.4 - MODALITÀ E DURATA DEL VERSAMENTO DEI PREMI

A fronte delle garanzie prestate dal contratto è dovuto un premio annuo anticipato, di importo rivalutabile, per tutta la durata del contratto, ma comunque non oltre la morte o il caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

La rivalutazione del premio è pari al 3% annuo per le garanzie previste alla Sezione I A mentre sono costanti le componenti del premio relative alle garanzie di cui alle Sezioni I B e II.

Le rate di premio successive al premio al perfezionamento debbono essere pagate alle scadenze pattuite, contro quietanze emesse dalla Società.

Il versamento dovrà essere effettuato presso la sede della Società o presso la sede dell'Agenzia cui è assegnata la polizza a mezzo di **assegno bancario non trasferibile intestato a ERGO Previdenza S.p.A.** 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. E' ammessa una dilazione di 30 giorni senza oneri di interessi.

Il premio può essere corrisposto anche in rate subannuali (frazionamento semestrale o trimestrale). In tali casi la maggiorazione di costo è pari ad un minimo del 3% per rate semestrali e ad un massimo del 4,5% per rate trimestrali. La richiesta dovrà essere effettuata a mezzo raccomandata A/R alla Società almeno 90 giorni prima della ricorrenza annuale della polizza.

B.5 - INFORMAZIONE SUI PREMI

Ogni anno è possibile limitare o rifiutare la rivalutazione del premio, riducendosi però, in tal caso, la rivalutazione del capitale assicurato e quindi la protezione contro gli effetti della svalutazione monetaria.

Per esercitare tale facoltà il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società rispettando i termini di preavviso e le modalità previsti dal contratto.

Salvo quanto stabilito dalle condizioni contrattuali, il premio dovuto non può essere modificato dalla Società nel corso della durata del contratto.

Il premio annuo è complessivamente così composto:

- premio netto dell'assicurazione, determinato per ciascun Assicurato in base a statistiche sulla durata della vita umana e al tasso di interesse garantito (tasso tecnico) pari all'1%, alla gamma e al livello delle garanzie accessorie previste dal contratto, influiscono inoltre la durata dell'assicurazione, l'età ed il sesso dell'Assicurato, nonché il suo stato di salute e le abitudini di vita (ad es. professione, sports, hobby ecc.). E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato siano esatte e complete. L'emissione del contratto avviene sulla base dei dati riportati in proposta ed è suscettibile di contestazioni per dichiarazioni false o reticenti ex artt. 1892 e 1893 c.c.;
- costi di intermediazione, consulenza e gestione;
- eventuali diritti di frazionamento pari al 3% del premio annuo netto per rate semestrali ed al 4,5% del premio annuo netto per rate trimestrali.

Il premio annuo minimo per la seguente tariffa è fissato in € 600,00.

Il Contraente potrà richiedere al Consulente assicurativo chiarimenti in ordine agli elementi che concorrono a determinare il premio. A richiesta del Contraente, il Consulente riporterà nella proposta di assicurazione l'indicazione del caricamento e cioè della parte del premio netto dovuto che è trattenuta dalla Società per fare fronte ai costi gravanti sul contratto.

B.6 - MODALITÀ DI CALCOLO E DI ASSEGNAZIONE DELLA PARTECIPAZIONE AGLI UTILI - RIVALUTAZIONE

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 al D. P. R. 136/75.

A) "Misura della rivalutazione" da attribuire al contratto:

- rendimento lordo della gestione speciale Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO": il rendimento realizzato nei dodici mesi che precedono l'inizio del terzo mese antecedente quello nel quale cade l'anniversario considerato.

Tale valore si ottiene moltiplicando il rendimento di cui al punto 5 del regolamento della gestione speciale Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO", per l'aliquota di partecipazione fissata di anno in anno. L'aliquota non risulterà comunque inferiore al 90% sino al decimo anno ed al 95% dall'undicesimo anno.

Qualora la differenza fra il rendimento della gestione e quello da attribuire al contratto determinato in base alla suddetta aliquota risulti inferiore allo 0,80%, il rendimento da attribuire al contratto verrà determinato sottraendo, dal rendimento della gestione, la predetta aliquota dello 0,80%.

- rendimento netto attribuito al contratto: il rendimento lordo, come precedente determinato, diminuito del tasso tecnico della tariffa pari all'1%, scontato per un anno al tasso tecnico predetto.

Qualora tale valore risulti negativo, il rendimento da attribuire sarà uguale a zero.

B) 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.

Il capitale rivalutato si otterrà sommando i due seguenti importi:

- un primo importo pari al capitale assicurato in vigore nell'anno precedente rivalutato in base alla misura di rivalutazione definita al punto A);
- un secondo importo che si ottiene moltiplicando il capitale riproporzionato, come appresso definito, per la differenza fra la misura annua di rivalutazione del premio e quella di rivalutazione definita al punto A) e riducendo il prodotto nella misura del rapporto fra il numero di anni mancanti alla data di scadenza del contratto ed il numero degli anni di durata del differimento contrattuale.

Per capitale riproporzionato si intende il prodotto del capitale inizialmente assicurato per il rapporto tra 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.

C) Qualora il Contraente si avvalga della **facoltà di limitare la rivalutazione del premio** ad un anniversario della decorrenza del contratto anteriore al quinto, il capitale assicurato nell'anno precedente verrà rivalutato in base alla misura limitata di rivalutazione del pre-

mio con il limite massimo del tasso di rivalutazione definita al punto A).

Se l'anniversario considerato cade dopo almeno cinque anni dalla data di decorrenza o comunque trascorsi cinque anni dalla data di decorrenza del contratto, il capitale rivalutato si otterrà sommando i seguenti due importi:

- un primo importo pari al capitale assicurato in vigore nell'anno precedente rivalutato in base alla misura di rivalutazione definita al punto A);
- un secondo importo che si ottiene moltiplicando il capitale riproporzionato, come appresso definito, per la differenza fra la misura annua di rivalutazione del premio e quella di rivalutazione di cui al punto A) e riducendo il prodotto nella misura del rapporto fra il numero di anni mancanti alla data di scadenza del contratto ed il numero degli anni di durata del differimento contrattuale.

Per capitale riproporzionato si intende il prodotto del capitale inizialmente assicurato per il rapporto tra 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.

D) Qualora il Contraente si avvalga della **facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio** ad un anniversario della decorrenza del contratto anteriore al quinto, il capitale assicurato nell'anno precedente non verrà rivalutato sino al quinto anno.

Se l'anniversario considerato cade dopo almeno cinque anni dalla data di decorrenza o comunque trascorsi cinque anni dalla data di decorrenza del contratto, il capitale rivalutato si otterrà sommando al capitale in vigore nell'anno precedente i due seguenti importi:

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

Per capitale riproporzionato si intende il prodotto del capitale inizialmente assicurato per il rapporto tra 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.

E) I contratti con prestazione ridotta, purché siano trascorsi almeno 5 anni dalla data di decorrenza della polizza, verranno rivalutati applicando al capitale ridotto in vigore nell'anno precedente la misura di rivalutazione di cui al punto A).

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

G) Oltre alla rivalutazione di cui sopra, alla scadenza contrattuale, a condizione che il contratto sia al corrente con il pagamento dei premi, verrà riconosciuta una ulteriore maggiorazione del capitale denominata "bonus" da applicarsi al capitale ultimo rivalutato.

ESEMPIO DI CALCOLO DELLA RIVALUTAZIONE DEL PREMIO E DEL CAPITALE:

Ipotesi di rendimento della gestione separata	4,5%
Durata contrattuale (anni)	25
Età dell'Assicurato	30
Assicurato maschio	
Aliquota di retrocessione al primo anno	90%
Minimo trattenuto	0,80%
Tasso tecnico	1%
Tasso lordo di rendimento riconosciuto all'Assicurato	3,70%
Tasso netto di rendimento riconosciuto all'Assicurato	2,67%
Tasso di rivalutazione del premio	3,00%
Premio pagato di prima annualità	1.800,00
di cui: Premio di prima annualità versato	
per le prestazioni previste alla Sezione I A	1.752,35
Premio annuo lordo Sezione I B (costante)	47,65
Capitale iniziale al netto del bonus	36.464,10
Premio rivalutato di seconda annualità	1.852,57
Capitale riproporzionato	36.464,10
Capitale assicurato di seconda annualità = (a) + (b)	37.553,26
di cui: (a) Capitale assicurato nell'anno precedente	
rivalutato secondo il tasso netto	37.438,88
(b) Secondo importo	114,37

FORMULE DI CALCOLO

Formula di calcolo del tasso netto di rendimento riconosciuto all'Assicurato

$$\text{TASSO NETTO DI RENDIMENTO RICONOSCIUTO} = \frac{\text{MINIMO TRA} \left(\begin{array}{l} \text{RENDIMENTO GESTIONE SEPARATA} \\ \times \text{ALIQUOTA DI RETROCESSIONE} \end{array} \right) \text{ e } \left(\begin{array}{l} \text{RENDIMENTO GESTIONE SEPARATA} \\ - \text{MINIMO TRATTENUTO} \end{array} \right) - \text{TASSO TECNICO}}{1 + \text{TASSO TECNICO}}$$

Formula di calcolo della rivalutazione del premio

$$\text{PREMIO ANNUO RIVALUTATO} = \text{PREMIO ANNUO LORDO SEZIONE I B} + \text{PREMIO ANNUO ULTIMO RIVALUTATO SEZIONE I A} \times 1 + \text{TASSO DI RIVALUTAZIONE DEL PREMIO}$$

Formula di calcolo del capitale riproporzionato

$$\text{CAPITALE RIPROPORZIONATO} = \frac{\text{CAPITALE INIZIALE AL NETTO DI BONUS} \times \text{PREMIO ULTIMO RIVALUTATO VERSATO PER LE PRESTAZIONI PREVISTE ALLA SEZIONE I A}}{\text{PREMIO DI PRIMA ANNUALITÀ VERSATO PER LE PRESTAZIONI PREVISTE ALLA SEZIONE I A}}$$

Formula di calcolo della rivalutazione del capitale

$$\text{CAPITALE RIVALUTATO ANNUALITÀ SUCCESSIVE} = \text{CAPITALE RIPROPORZIONATO} \times \left(\begin{array}{l} \text{TASSO DI RIVALUTAZIONE DEL PREMIO} \\ - \text{TASSO NETTO DI RENDIMENTO RICONOSCIUTO} \end{array} \right) \times \left(1 - \frac{\text{ANNI INTERI TRASCORSI DALLA DECORRENZA}}{\text{DURATA CONTRATTUALE}} \right) + \text{CAPITALE ULTIMO RIVALUTATO AL NETTO DEL BONUS} \times 1 + \text{TASSO NETTO DI RENDIMENTO RICONOSCIUTO}$$

Gli effetti della rivalutazione ed il "bonus" sono evidenziati nel progetto esemplificativo allegato, con l'avvertenza che i valori esposti derivano da ipotesi esemplificative dei risultati futuri della gestione, senza quindi tenere conto degli effetti dell'inflazione.

B.7 - MODALITÀ DI SCIoglimento DEL CONTRATTO (SOSPENSIONE - RIATTIVAZIONE)

È facoltà del Contraente sospendere il versamento dei premi con i seguenti effetti:

- per i contratti che prevedano una durata del differimento contrattuale inferiore a 5 anni: se il numero di annualità corrisposte è inferiore a 2, il contratto si estingue automaticamente con la perdita di quanto già versato;
- per i contratti che prevedano una durata del differimento contrattuale maggiore o uguale a 5 anni: se il numero di annualità di premio corrisposte è inferiore a 3, il contratto si estingue automaticamente con la perdita di quanto già versato.

Entro 12 mesi dalla interruzione del versamento premi è comunque consentito richiedere il ripristino della piena efficacia del contratto (riattivazione). La riattivazione può essere concessa dalla Società in forma scritta previa richiesta nella stessa forma avanzata dal Contraente. La Società può condizionare la riattivazione alla produzione di nuova documentazione sanitaria. Concessa la riattivazione il contratto entra nuovamente in vigore alle ore 24 del giorno di versamento di tutti i premi arretrati aumentati di interessi di mora;

- se il numero di annualità di premio corrisposte è almeno pari a 2 o 3 (vedasi paragrafi che precedono), si ha diritto:

a riscuotere il valore del riscatto determinato in conformità a quanto previsto dalle condizioni contrattuali (facendone richiesta a mezzo lettera raccomandata A.R. alla Sede della Società); in tal caso il contratto si estingue definitivamente;

oppure

a mantenere in vigore il contratto per una prestazione ridotta come di seguito definita. Anche in questo caso è possibile richiedere successivamente il riscatto dell'assicurazione oppure il ripristino della piena efficacia del contratto (riattivazione), entro 12 mesi dalla sospensione del versamento dei premi.

B.8 - INDICAZIONE DEI VALORI DI RISCATTO E DI RIDUZIONE, NONCHÉ DELLA NATURA DELLE RELATIVE GARANZIE

Nel progetto esemplificativo allegato sono riportati i valori di riscatto e di capitale ridotto determinati, in caso di sospensione del pagamento dei premi in ciascuno degli anni indicati, con riferimento alle ipotesi di rivalutazione ivi considerate.

Il valore di riscatto via via maturato in relazione ai premi versati ed alle rivalutazioni effettivamente riconosciute, è garantito. L'ammontare del capitale ridotto, maturato in relazione

ai premi versati ed alla rivalutazione effettivamente verificatasi, resta acquisito in via definitiva e continua a beneficiare annualmente di maggiorazioni per rivalutazione. La prestazione ridotta e il valore di riscatto non danno diritto al bonus e comportano la cessazione delle garanzie accessorie e facoltative.

La prestazione ridotta si determina sommando i due seguenti importi:

- un primo importo pari al capitale riproporzionato, come di seguito definito, ridotto nel rapporto tra il numero dei premi annui pagati, comprese eventuali frazioni di premio annuo, ed il numero dei premi annui pattuito;
- un secondo importo pari alla differenza tra il capitale quale risulta rivalutato all'anniversario che precede la data di scadenza della prima rata di premio non pagata ed il capitale riproporzionato di seguito definito.

Per capitale riproporzionato si intende il prodotto del capitale inizialmente assicurato per il rapporto tra 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.

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 2,50% nel caso in cui siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza del contratto e del 2,75% nel caso in cui gli anni trascorsi siano invece inferiori a cinque.

Va comunque tenuto presente che il risultato ottimale dell'assicurazione si ottiene solo rispettando il piano di versamenti inizialmente stabilito. Infatti, l'interruzione volontaria del versamento dei premi, in quanto modifica l'equilibrio economico e demografico dell'assicurazione, comporta una riduzione dei risultati sperati, più accentuata nei primi anni di vita del contratto.

Pertanto, il Contraente deve con particolare attenzione valutare:

- a) prima della stipula, l'impegno che sta assumendo, sia in termini di durata del contratto che di entità del premio;
- b) le conseguenze generalmente negative che comporta l'interruzione di un contratto in corso, anche se con contestuale stipula di un altro contratto presso la stessa o presso altre Società;
- c) la possibilità in alternativa all'interruzione del contratto di ottenere una somma a titolo di prestito per un importo comunque non superiore al 90% del valore netto di riscatto.

ESEMPIO DI CALCOLO DELLA PRESTAZIONE RIDOTTA E DEL VALORE DI RISCATTO ALLA FINE DEL 3° ANNO, VERSATE 3 ANNUALITÀ DI PREMIO:

Rendimento della gestione separata	4,5%
Durata (anni)	25
Età dell'Assicurato	30
Assicurato maschio	
Aliquota di retrocessione fino al decimo anno	90%
Minimo trattenuto	0,80%
Tasso tecnico	1%
Tasso lordo di rendimento riconosciuto all'Assicurato	3,70%
Tasso netto di rendimento riconosciuto all'Assicurato	2,67%
Tasso di rivalutazione del premio	3,00%
Premio pagato di prima annualità	1.800,00
Premio di prima annualità versato per le prestazioni previste alla Sezione I A	1.752,35
Premio annuo lordo Sezione I B (costante)	47,65
Premio rivalutato di terza annualità versato per le prestazioni previste alla Sezione I A	1.859,07
Capitale iniziale al netto del bonus	36.464,10
Capitale ultimo rivalutato	38.670,09
Capitale riproporzionato	38.684,76
Capitale riproporzionato ridotto	4.642,17
Capitale ultimo rivalutato - capitale riproporzionato	-14,67
Prestazione ridotta	4.627,34
Valore di riscatto	2.547,60

FORMULE DI CALCOLO

Formula di calcolo del tasso capitale riproporzionato

$$\text{CAPITALE RIPROPORZIONATO} = \frac{\text{CAPITALE INIZIALE AL NETTO DI BONUS} \times \text{PREMIO ULTIMO RIVALUTATO VERSATO PER LE PRESTAZIONI PREVISTE ALLA SEZIONE I A}}{\text{PREMIO DI PRIMA ANNUALITÀ VERSATO PER LE PRESTAZIONI PREVISTE ALLA SEZIONE I A}}$$

Formula di calcolo del tasso capitale riproporzionato ridotto

$$\text{CAPITALE RIPROPORZIONATO RIDOTTO} = \frac{\text{CAPITALE RIPROPORZIONATO} \times \text{NUMERO DELLE ANNUALITÀ VERSATE}}{\text{DURATA CONTRATTUALE}}$$

Formula di calcolo della prestazione ridotta

$$\text{PRESTAZIONE RIDOTTA} = \text{CAPITALE RIPROPORZIONATO RIDOTTO} + \text{CAPITALE ULTIMO RIVALUTATO} - \text{CAPITALE RIPROPORZIONATO}$$

Formula di calcolo del valore di riscatto

$$\text{VALORE DI RISCATTO} = \frac{\text{PRESTAZIONE RIDOTTA}}{(1 + \text{TASSO DI SCONTO})^{\text{ELEVATO ALLA DURATA CONTRATTUALE} - \text{TEMPO TRASCORSO TRA LA DATA DI RICHIESTA DEL RISCATTO E LA DECORRENZA DEL CONTRATTO}}}$$

B.9 - REVOCA - RECESSO

Fino a quando il contratto non è concluso il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta, mediante comunicazione scritta da inviarsi, tramite raccomandata A.R., a ERGO Previdenza S.p.A. (Gestione Tecnica Portafoglio) - Via Pampuri 13 - 20141 Milano.

Al fine di consentire l'evasione della pratica con la massima sollecitudine, suddetta comunicazione potrà contenere le seguenti indicazioni:

- il numero della proposta di assicurazione cui la richiesta si riferisce (in caso di recesso il numero di polizza);
- i dati anagrafici completi del Contraente e dell'Assicurato;
- l'indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (coordinate bancarie ABI e CAB, intestatario del conto, numero di conto corrente bancario).

In tal caso, la Società rimborserà entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta il premio eventualmente corrisposto.

Entro 30 giorni dal momento in cui il Contraente è informato che il contratto è concluso può recedere dallo stesso, secondo le modalità di cui al precedente paragrafo, allegando alla comunicazione di recesso l'originale di polizza e le eventuali appendici.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto individuate in € 50,00. Nel caso in cui sia stata sottoscritta anche la tariffa integrativa vita tale importo verrà aumentato di € 26,00.

La notifica di recesso libera le parti da qualunque obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dal giorno di spedizione della lettera raccomandata di cui sopra, quale risulta dal timbro postale della medesima.

B.10 - MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

Tutti i pagamenti dovuti dalla Società in esecuzione del contratto vengono effettuati presso il domicilio della stessa o quello del competente soggetto abilitato, contro rilascio di regolare quietanza da parte degli aventi diritto.

I pagamenti vengono effettuati previa richiesta, da inviarsi alla Società - per lettera raccomandata -, completa di tutta la documentazione richiesta.

In caso di richiesta di liquidazione per scadenza i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza ed eventuali appendici;
- 2) fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento;
- 3) modello EPS 266 - in allegato -;
- 4) indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (allo scopo può essere utilizzato l'allegato modello EPS 270);
- 5) Per la liquidazione delle rendite, in casi di pagamento della rendita a mezzo bonifico bancario o assegno circolare, la Società dovrà ricevere, a cura dell'avente diritto, a mezzo raccomandata A.R., almeno cinque giorni prima della data di pagamento di

ogni singola rata di rendita, idoneo certificato di esistenza in vita dell'Assicurato.
Tale documento non sarà più necessario quando il pagamento della rendita avverrà a mezzo assegno di traenza, emesso dalla Società ed intestato all'avente diritto.

In caso di richiesta di liquidazione per riscatto i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza ed eventuali appendici;
- 2) fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento;
- 3) Modello EPS 266 - in allegato - ;
- 4) indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (allo scopo può essere utilizzato l'allegato modello EPS 270).

In caso di richiesta di concessione di prestito i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza ed eventuali appendici;
- 2) fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento
- 3) modello EPS 266 - in allegato -;
- 4) indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (allo scopo può essere utilizzato l'allegato modello EPS 270).

In caso di richiesta di liquidazione per Sinistro - Denuncia di Morte i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza ed eventuali appendici;
- 2) certificato di morte sul quale sia indicata anche la data di nascita;
- 3) modello EPS 269 (legge 675/96) - in allegato - sottoscritto da tutti i Beneficiari;
- 4) modello EPS 266 - in allegato -;
- 5) atto notorio in copia autentica, dal quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento e nel quale siano indicati gli eredi legittimi (nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto intestato, copia del testamento);
- 6) indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (allo scopo può essere utilizzato l'allegato modello EPS 270);
- 7) nel caso in cui tra i beneficiari del contratto fossero presenti soggetti minorenni o incapaci verrà richiesta (determinato correttamente il capitale da liquidare, ed in particolare la quota dello stesso spettante a predetti soggetti) copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la riscossione della quota destinata ai beneficiari minorenni o incapaci.

Se il decesso è conseguente a malattia, alla Società occorrono:

- relazione del medico curante da redigersi sul modello EPS 268 in allegato;
- cartella clinica riportante la data di insorgenza della patologia che ha determinato il decesso;
- referto autoptico.

Se il decesso è avvenuto per infortunio od incidente stradale, occorrono:

- copia del referto autoptico e dell'esame alcoolimetrico (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, nonché estratto del registro degli atti penali recante l'indicazione dell'ipotesi di reato per la quale sia stato richiesto il rinvio a giudizio.

In caso di richiesta di liquidazione del capitale per 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 ha comunque diritto, in considerazione di particolari esigenze istruttorie, a richiedere l'ulteriore documentazione necessaria a verificare persistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma dovuta viene liquidata agli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso, purchè a tale data sia stata ricevuta tutta la documentazione necessaria; in caso contrario, la somma dovuta viene liquidata entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione completa. Decorso tale termine - ed a partire dal medesimo - sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

B.11 - INDICAZIONI GENERALI RELATIVE AL REGIME FISCALE APPLICABILE 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 complementari per i rischi di danni alla persona sono soggetti all'imposta del 2,5%.

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, 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, anche se erogate in forma di rendi-

ta, sono esenti dall'IRPEF.

Negli altri casi è necessario fare le seguenti distinzioni:

1.

CONTRATTI CON PRESTAZIONE PRINCIPALE IN FORMA DI CAPITALE

- 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 con applicazione di un coefficiente di maggiorazione (equalizzatore) per tenere conto che il reddito si è formato in un periodo pluriennale.
- La stessa imposta sostitutiva si applica al capitale, diminuito dei premi pagati (netti dell'eventuale componente per le coperture di rischio), al momento della sua eventuale conversione in una rendita vitalizia con funzione previdenziale, cioè non riscattabile dopo la data in cui sorge il diritto all'erogazione; le rate di rendita, limitatamente all'importo derivante dai risultati che maturano dopo la data suddetta, costituiscono redditi di capitale soggetti ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi nella misura del 12,5%.

2.

CONTRATTI CON PRESTAZIONE PRINCIPALE IN FORMA DI RENDITA VITALIZIA AVENTE FUNZIONE PREVIDENZIALE (cioè non riscattabile dopo la data in cui sorge il diritto all'erogazione)

- Fino alla data in cui sorge il diritto all'erogazione della prestazione, sul risultato netto maturato in ciascun anno grava un'imposta sostitutiva delle imposte sui redditi nella misura del 12,5%.
- Le somme corrisposte in forma di capitale, a seguito della conversione della rendita, non sono soggette a tassazione, in quanto il reddito maturato è già stato assoggettato ad imposta.
- Le rate di rendita, limitatamente all'importo derivante dai risultati che maturano dopo la data in cui sorge il diritto all'erogazione, costituiscono redditi di capitale soggetti ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi nella misura del 12,5%.

L'imposta sostitutiva viene applicata dalla Società in veste di sostituto di imposta.

B.12 - REGOLE RELATIVE ALL'ESAME DEI RECLAMI

Il Contraente può esporre eventuali reclami relativi alle disposizioni contenute nel contratto telefonando a:

SERVIZIO CLIENTI

Tel. 199.157.157- Fax 0257442360

o inoltrando comunicazione e-mail al seguente indirizzo:

comunicazioni@ergoitalia.it

o scrivendo a:

**ERGO Previdenza S.p.A. - Direzione Vita
Via Pampuri, 13 - 20141 Milano**

Il Contraente ha inoltre facoltà di presentare i propri reclami scrivendo a:

**ISVAP (Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo),
SEZIONE RECLAMI
Via del Quirinale 21 - 00187 Roma.**

B.13 - LEGISLAZIONE APPLICABILE

Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella applicabile. Saranno comunque prevalenti le norme imperative di diritto italiano.

B.14 - LINGUA UTILIZZABILE

Il contratto viene redatto in lingua italiana. Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella utilizzabile.

B.15 - PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il diritto alle prestazioni derivanti dal contratto di assicurazione si prescrive in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

B.16 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile, le somme dovute dall'assicuratore in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabile né sequestrabili. Tuttavia il premio pagato dal Contraente soggiace alle disposizioni relative alla revocabilità degli atti compiuti in pregiudizio ai creditori.

B.17 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

Ai sensi dell'art. 1920 del Codice Civile, il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquista, per effetto della designazione fatta a suo favore dal Contraente, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito di decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

B.18 - CONTROVERSIE - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è esclusivamente competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente.

C

INFORMAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO

C.1 - INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

La Società, con riferimento ai dati societari, comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire nel corso della durata contrattuale.

C.2 - INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

La Società fornirà per iscritto al Contraente, nel corso della durata contrattuale, ogni possibile informazione relativamente alla sottoscrizione di clausole aggiuntive intervenute per effetto di modifiche alla legislazione applicabile al contratto.

C.3 - INFORMAZIONI SULLA RIVALUTAZIONE DEL CONTRATTO

Annualmente la Società comunicherà per iscritto al Contraente il livello progressivamente raggiunto dal capitale assicurato e dal premio annuo dovuto per effetto della rivalutazione del contratto, oppure la corrispondente misura di aumento.

A richiesta del Contraente, da inoltrare alla sede della Società - all'attenzione dell'Ufficio riscatti -, la stessa fornirà sollecitamente e comunque non oltre 10 giorni dal ricevimento della richiesta, l'informazione relativa al valore di riscatto.

Tutte le comunicazioni relative ai rapporti descritti nella presente Nota Informativa dovranno pervenire a mezzo lettera raccomandata A.R..

SCHEMA

DI PROGETTO ESEMPLIFICATIVO

Gli sviluppi delle prestazioni rivalutate, dei valori di riscatto e di riduzione successivamente riportati, sono calcolati ipotizzando di riconoscere a favore degli Assicurati un risultato finanziario annuo costante del 3,70%. Tale ipotesi finanziaria è stata determinata sulla base del **tasso di rendimento del 4,50% (*)** indicato dall'ISVAP ed applicando, sulla base delle condizioni contrattualmente previste, l'aliquota di retrocessione del 90% nei primi 10 anni di durata contrattuale e del 95% negli anni successivi, con minimo trattenuto dalla compagnia dello 0,80%.

Preliminarmente, ai fini di una migliore valutazione delle prospettive di risultato finanziario del prodotto offerto, si riproducono nella tabella che segue le rivalutazioni effettivamente riconosciute dalla Società agli Assicurati negli ultimi 5 anni sulla base delle condizioni contrattualmente previste, raffrontati con i rendimenti lordi dei titoli di stato e i tassi di inflazione riferiti allo stesso periodo.

Anno	Tasso medio di rendimento lordo dei titoli di Stato e delle obbligazioni	Inflazione	Rendimento finanziario riconosciuto agli Assicurati
1998	4,86%	1,80%	La gestione viene costituita nell'anno 1999 e pertanto non sono disponibili i tassi di rendimento per gli anni precedenti.
1999	4,50%	1,60%	5,04%
2000	5,57%	2,60%	5,72%
2001	4,93%	2,70%	5,86%
2002	4,67%	2,50%	4,45%

(*) Naturalmente non vi è alcuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni si realizzino effettivamente, non potendosi anticipatamente conoscere i risultati ricavabili dagli investimenti; tanto meno è possibile preventivare il risultato in termini reali (al netto cioè dell'inflazione) conseguibile a scadenza del contratto.

PROGETTI ESEMPLIFICATIVI

IPOTESI DI SVILUPPO DEI PREMI
E DELLE PRESTAZIONI

ASSICURAZIONE MISTA CON RIVALUTAZIONE ANNUA DEL CAPITALE, DEL PREMIO E CON BONUS (Tariffa 3207)

- Sesso dell'Assicurato: Maschile
- Anno di nascita: 1973
- Età all'ingresso: 30 anni
- Durata: 25
- Ipotesi di rendimento lordo del Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo": 4,50%
- Aliquota di retrocessione: 90% fino al 10° anno e 95% dall'11° anno
- Minimo trattenuto: 0,80%
- Rivalutazione del premio: 3,0%
- Bonus in caso di vita a scadenza: (*)20%
- Bonus in caso di premorienza: (*)10%
- Capitale iniziale senza bonus: € 36.464,10
- Premio annuo lordo complessivo iniziale € 1.800,00
- Premio annuo iniziale mista con bonus (comprensivo di importo fisso) € 1.690,68
- Premio annuo netto garanzie Invalità e ricovero: € 46,48
- Premio annuo netto complementare infortuni: € 60,17
- Imposte: € 2,67

ANNO	PREMIO ANNUO	PREMIO ANNUO LORDO AL NETTO DELLA DETRAZIONE DI IMPOSTA DEL 19%	CUMULO PREMI ANNUI LORDI	CUMULO PREMI ANNUI LORDI AL NETTO DELLA DETRAZIONE DI IMPOSTA DEL 19%	CAPITALE ASSICURATO RIVALUTATO A FINE ANNO	BONUS PERCEPIBILE A SCADENZA RIVALUTATO A FINE ANNO (*)	CAPITALE ASSICURATO A SCADENZA RIVALUTATO A FINE ANNO COMPRESIVO DI BONUS	CAPITALE ASSICURATO IN CASO DI MORTE O INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE COMPRESIVO DI BONUS	CAPITALE ASSICURATO IN CASO DI MORTE A SEGUITO DI INFORTUNIO COMPRESIVO DI BONUS	CAPITALE ASSICURATO IN CASO DI MORTE PER INCIDENTE STRADALE COMPRESIVO DI BONUS	SOSPENSIONE DEL VERSAMENTO DEI PREMI		
											CAPITALE RIDOTTO		VALORE DI RISCATTO RIVALUTATO A FINE ANNO
											CAPITALE RIDOTTO RIVALUTATO A FINE ANNO	CAPITALE RIDOTTO A SCADENZA	
1	1.800,00	1.756,03	1.800,00	1.756,03	37.553,21	7.510,64	45.063,85	40.110,51	80.221,02	120.331,53			
2	1.852,57	1.807,41	3.652,57	3.563,44	38.669,91	7.733,98	46.403,89	41.308,53	82.617,06	123.925,59			
3	1.906,72	1.860,34	5.559,29	5.423,78	39.814,74	7.962,95	47.777,69	42.536,90	85.073,80	127.610,70	4.627,32	8.047,19	2.547,59
4	1.962,49	1.914,86	7.521,78	7.338,64	40.988,24	8.197,65	49.185,89	43.796,21	87.592,43	131.388,64	6.344,68	11.033,79	3.589,15
5	2.019,94	1.971,01	9.541,72	9.309,65	42.190,97	8.438,19	50.629,16	45.087,06	90.174,13	135.261,19	8.373,46	14.183,26	5.110,08
6	2.079,10	2.028,84	11.620,82	11.338,49	43.423,49	8.684,70	52.108,19	46.410,07	92.820,13	139.230,20	10.333,05	17.047,32	6.463,61
7	2.140,05	2.088,42	13.760,87	13.426,91	44.686,35	8.937,27	53.623,62	47.765,84	95.531,68	143.297,52	12.397,05	19.920,60	7.948,57
8	2.202,82	2.149,78	15.963,69	15.576,69	45.980,11	9.196,02	55.176,13	49.154,99	98.309,97	147.464,96	14.569,80	22.803,11	9.575,20
9	2.267,47	2.212,97	18.231,16	17.789,66	47.305,34	9.461,07	56.766,41	50.578,12	101.156,24	151.734,36	16.855,81	25.694,88	11.354,49
10	2.334,07	2.278,07	20.565,23	20.067,73	48.662,60	9.732,52	58.395,12	52.035,87	104.071,75	156.107,62	19.259,78	28.595,96	13.298,21
11	2.402,66	2.345,12	22.967,89	22.412,85	50.052,45	10.010,49	60.062,94	53.528,86	107.057,72	160.586,58	21.786,54	31.506,35	15.418,93
12	2.473,31	2.414,18	25.441,20	24.827,02	51.475,47	10.295,09	61.770,56	55.057,70	110.115,39	165.173,09	24.441,14	34.426,10	17.730,10
13	2.546,08	2.485,31	27.987,28	27.312,33	52.932,22	10.586,44	63.518,66	56.623,02	113.246,03	169.869,05	27.228,81	37.355,23	20.246,14
14	2.621,04	2.558,58	30.608,32	29.870,91	54.423,26	10.884,65	65.307,91	58.225,44	116.450,88	174.676,33	30.154,96	40.293,77	22.982,45
15	2.698,24	2.634,04	33.306,56	32.504,96	55.949,17	11.189,83	67.139,00	59.865,59	119.731,17	179.596,76	33.225,21	43.241,76	25.955,48
16	2.777,75	2.711,76	36.084,31	35.216,72	57.510,50	11.502,10	69.012,60	61.544,09	123.088,17	184.632,26	36.445,40	46.199,23	29.182,87
17	2.859,66	2.791,83	38.943,97	38.008,55	59.107,82	11.821,56	70.929,38	63.261,55	126.523,10	189.784,65	39.821,55	49.166,20	32.683,40
18	2.944,02	2.874,29	41.887,99	40.882,84	60.741,69	12.148,34	72.890,03	65.018,60	130.037,20	195.055,81	43.359,93	52.142,70	36.477,20
19	3.030,91	2.959,22	44.918,90	43.842,06	62.412,66	12.482,53	74.895,19	66.815,86	133.631,72	200.447,58	47.067,05	55.128,78	40.585,77
20	3.120,41	3.046,71	48.039,31	46.888,77	64.121,28	12.824,26	76.945,54	68.653,93	137.307,85	205.961,78	50.949,63	58.124,45	45.032,05
21	3.212,59	3.136,81	51.251,90	50.025,59	65.868,09	13.173,62	79.041,71	70.533,41	141.066,82	211.600,22	55.014,66	61.129,76	49.840,57
22	3.307,54	3.229,63	54.559,44	53.255,22	67.653,63	13.530,73	81.184,36	72.454,90	144.909,80	217.364,70	59.269,35	64.144,71	55.037,48
23	3.405,33	3.325,22	57.964,77	56.580,43	69.478,43	13.895,69	83.374,12	74.418,99	148.837,99	223.256,98	63.721,22	67.169,36	60.650,77
24	3.506,06	3.423,68	61.470,83	60.004,11	71.343,00	14.268,60	85.611,60	76.426,27	152.852,55	229.278,82	68.378,04	70.203,73	66.710,28
25	3.609,82	3.525,10	65.080,65	63.529,21	73.247,86	14.649,57	87.897,43	78.477,30	156.954,60	235.431,90	Completamento del piano		

(*) Il Bonus verrà riconosciuto solo sui contratti al corrente con il versamento dei premi.

Alla scadenza contrattuale al lordo di oneri fiscali

Capitale minimo garantito a scadenza comprensivo di bonus: € 63.813,80
 Capitale finale comprensivo di bonus (nell'ipotesi di rivalutazione sopra indicata): € 87.897,43
 Rendita di opzione: per il calcolo della rendita di opzione saranno adottate le basi tecniche in vigore al momento in cui l'opzione verrà esercitata.
 Applicando i coefficienti di conversione attualmente in vigore tale rendita ammonterebbe a: € 3.410,82

N. B.: Il Contraente può chiedere di conoscere la parte del premio netto che è trattenuta dall'impresa per far fronte ai costi gravanti sul contratto per oneri di acquisto, di incasso e di amministrazione. Le operazioni di riscatto e di riduzione comportano una penalizzazione economica. Come si evince dalla tabella sovrastante il recupero dei premi versati avverrà solo dopo la corresponsione di un certo numero di annualità di premio. Questo progetto è stato realizzato in conformità alle disposizioni emanate dall'ISVAP con circolare n.249 del 1995 e successive modifiche ed integrazioni, ad integrazione della Nota Informativa, ipotizzando un rendimento lordo annuo costante del Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" nella misura del 4,50% (comprensivo di tasso tecnico pari all'1%) retrocesso al 90% nei primi dieci anni ed al 95% negli anni successivi e con un rendimento minimo trattenuto dalla Società pari allo 0,80%.

Le maggiorazioni annuali di capitale nonché i valori di riscatto e di riduzione via via effettivamente raggiunti sono acquisiti in via definitiva. L'ammontare del capitale ridotto, maturato in relazione ai premi versati ed alla rivalutazione effettivamente verificatasi, resta acquisito in via definitiva e continua a beneficiare annualmente di maggiorazioni per rivalutazione. L'Assicurando ha diritto alla personalizzazione del presente prospetto e/o a richiedere chiarimenti all'intermediario in merito ai diversi risultati conseguibili in relazione a diverse articolazioni di premio, della durata contrattuale o di altri elementi.

PROGETTI ESEMPLIFICATIVI

IPOTESI DI SVILUPPO DEI PREMI
E DELLE PRESTAZIONI

ASSICURAZIONE MISTA CON RIVALUTAZIONE ANNUA DEL CAPITALE, DEL PREMIO E CON BONUS (Tariffa 3207)

- Sesso dell'Assicurato: Femminile
- Anno di nascita: 1973
- Età all'ingresso: 30 anni
- Durata: 25
- Ipotesi di rendimento lordo del Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo": 4,50%
- Aliquota di retrocessione: 90% fino al 10° anno e 95% dall'11° anno
- Minimo trattenuto: 0,80%
- Rivalutazione del premio: 3,0%
- Bonus in caso di vita a scadenza: (*)20%

- Bonus in caso di premorienza: (*)10%
- Capitale iniziale senza bonus: € 37.011,18
- Premio annuo lordo complessivo iniziale € 1.800,00
- di cui:
 - Premio annuo iniziale mista con bonus (comprensivo di importo fisso) € 1.689,76
 - Premio annuo netto garanzie Invalità e ricovero: € 46,48
 - Premio annuo netto complementare infortuni: € 61,07
 - Imposte: € 2,69

ANNO	PREMIO ANNUO	PREMIO ANNUO LORDO AL NETTO DELLA DETRAZIONE DI IMPOSTA DEL 19%	CUMULO PREMI ANNUALI LORDI	CUMULO PREMI ANNUALI LORDI AL NETTO DELLA DETRAZIONE DI IMPOSTA DEL 19%	CAPITALE ASSICURATO RIVALUTATO A FINE ANNO	BONUS PERCEPIBILE A SCADENZA RIVALUTATO A FINE ANNO (*)	CAPITALE ASSICURATO A SCADENZA RIVALUTATO A FINE ANNO COMPRESIVO DI BONUS	CAPITALE ASSICURATO IN CASO DI MORTE O INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE COMPRESIVO DI BONUS	CAPITALE ASSICURATO IN CASO DI MORTE A SEGUITO DI INFORTUNIO COMPRESIVO DI BONUS	CAPITALE ASSICURATO IN CASO DI MORTE PER INCIDENTE STRADALE COMPRESIVO DI BONUS	SOSPENSIONE DEL VERSAMENTO DEI PREMI		
											CAPITALE RIDOTTO		VALORE DI RISCATTO RIVALUTATO A FINE ANNO
											CAPITALE RIDOTTO RIVALUTATO A FINE ANNO	CAPITALE RIDOTTO A SCADENZA	
1	1.800,00	1.769,21	1.800,00	1.769,21	38.116,63	7.623,33	45.739,96	40.712,30	81.424,60	122.136,89			
2	1.852,57	1.820,99	3.652,57	3.590,20	39.250,08	7.850,02	47.100,10	41.928,29	83.856,59	125.784,88			
3	1.906,72	1.874,33	5.559,29	5.464,53	40.412,08	8.082,42	48.494,50	43.175,09	86.350,18	129.525,27	4.696,74	8.167,92	2.585,81
4	1.962,49	1.929,26	7.521,78	7.393,80	41.603,20	8.320,64	49.923,84	44.453,29	88.906,58	133.359,88	6.439,87	11.199,32	3.642,99
5	2.019,94	1.985,85	9.541,71	9.379,65	42.823,97	8.564,79	51.388,76	45.763,51	91.527,03	137.290,54	8.499,09	14.396,06	5.186,75
6	2.079,10	2.044,13	11.620,82	11.423,78	44.074,98	8.815,00	52.889,98	47.106,37	94.212,74	141.319,11	10.488,09	17.303,10	6.560,59
7	2.140,05	2.104,16	13.760,87	13.527,94	45.356,79	9.071,36	54.428,15	48.482,48	96.964,96	145.447,44	12.583,05	20.219,48	8.067,82
8	2.202,82	2.165,99	15.963,69	15.693,93	46.669,96	9.333,99	56.003,95	49.892,47	99.784,93	149.677,40	14.788,39	23.145,23	9.718,86
9	2.267,47	2.229,68	18.231,16	17.923,61	48.015,07	9.603,01	57.618,08	51.336,95	102.673,91	154.010,86	17.108,70	26.080,39	11.524,85
10	2.334,07	2.295,27	20.565,23	20.218,88	49.392,69	9.878,54	59.271,23	52.816,57	105.633,15	158.449,72	19.548,73	29.024,98	13.497,72
11	2.402,66	2.362,84	22.967,89	22.581,72	50.803,39	10.160,68	60.964,07	54.331,95	108.663,91	162.995,86	22.113,40	31.979,03	15.650,25
12	2.473,31	2.432,43	25.441,20	25.014,15	52.247,75	10.449,55	62.697,30	55.883,73	111.767,46	167.651,18	24.807,83	34.942,58	17.996,10
13	2.546,08	2.504,11	27.987,29	27.518,26	53.726,36	10.745,27	64.471,63	57.472,53	114.945,06	172.417,59	27.637,32	37.915,66	20.549,89
14	2.621,04	2.577,94	30.608,32	30.096,20	55.239,77	11.047,95	66.287,72	59.098,99	118.197,98	177.296,97	30.607,37	40.898,29	23.327,25
15	2.698,24	2.653,98	33.306,56	32.750,19	56.788,57	11.357,71	68.146,28	60.763,75	121.527,49	182.291,24	33.723,68	43.890,51	26.344,89
16	2.777,75	2.732,31	36.084,31	35.482,50	58.373,32	11.674,66	70.047,98	62.467,42	124.934,85	187.402,27	36.992,18	46.892,34	29.620,68
17	2.859,66	2.812,99	38.943,97	38.295,48	59.994,61	11.998,92	71.993,53	64.210,66	128.421,31	192.631,97	40.418,98	49.903,83	33.173,74
18	2.944,02	2.896,08	41.887,99	41.191,56	61.652,99	12.330,60	73.983,59	65.994,07	131.988,14	197.982,22	44.010,46	52.924,99	37.024,47
19	3.030,91	2.981,67	44.918,89	44.173,23	63.349,03	12.669,81	76.018,84	67.818,29	135.636,58	203.454,87	47.773,19	55.955,87	41.194,67
20	3.120,41	3.069,83	48.039,30	47.243,06	65.083,28	13.016,66	78.099,94	69.683,93	139.367,86	209.051,80	51.714,02	58.996,48	45.707,66
21	3.212,59	3.160,63	51.251,89	50.403,69	66.856,30	13.371,26	80.227,56	71.591,61	143.183,22	214.774,83	55.840,03	62.046,87	50.588,31
22	3.307,54	3.254,15	54.559,43	53.657,84	68.668,63	13.733,73	82.402,36	73.541,93	147.083,86	220.625,79	60.158,56	65.107,06	55.863,20
23	3.405,33	3.350,48	57.964,76	57.008,32	70.520,80	14.104,16	84.624,96	75.535,49	151.070,98	226.606,48	64.677,22	68.177,09	61.560,71
24	3.506,06	3.449,70	61.470,83	60.458,03	72.413,35	14.482,67	86.896,02	77.572,88	155.145,77	232.718,65	69.403,91	71.256,99	67.711,13
25	3.609,82	3.551,90	65.080,64	64.009,93	74.346,79	14.869,36	89.216,15	79.654,69	159.309,37	238.964,06	Completamento del piano		

(*) Il Bonus verrà riconosciuto solo sui contratti al corrente con il versamento dei premi.

Alla scadenza contrattuale al lordo di oneri fiscali

Capitale minimo garantito a scadenza comprensivo di bonus: € 64.771,22

Capitale finale comprensivo di bonus (nell'ipotesi di rivalutazione sopra indicata): € 89.216,15

Rendita di opzione: per il calcolo della rendita di opzione saranno adottate le basi tecniche in vigore al momento in cui l'opzione verrà esercitata.

Applicando i coefficienti di conversione attualmente in vigore tale rendita ammonterebbe a: € 3.031,94

N. B.: Il Contraente può chiedere di conoscere la parte del premio netto che è trattenuta dall'impresa per far fronte ai costi gravanti sul contratto per oneri di acquisto, di incasso e di amministrazione. Le operazioni di riscatto e di riduzione comportano una penalizzazione economica. Come si evince dalla tabella sovrastante il recupero dei premi versati avverrà solo dopo la corresponsione di un certo numero di annualità di premio. Questo progetto è stato realizzato in conformità alle disposizioni emanate dall'ISVAP con circolare n. 249 del 1995 e successive modifiche ed integrazioni, ad integrazione della Nota Informativa, ipotizzando un rendimento lordo annuo costante del Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" nella misura del 4,50% (comprensivo di tasso tecnico pari all'1%) retrocesso al 90% nei primi dieci anni ed al 95% negli anni successivi e con un rendimento minimo trattenuto dalla Società pari allo 0,80%.

Le maggiorazioni annuali di capitale nonché i valori di riscatto e di riduzione via via effettivamente raggiunti sono acquisiti in via definitiva. L'ammontare del capitale ridotto, maturato in relazione ai premi versati ed alla rivalutazione effettivamente verificatasi, resta acquisito in via definitiva e continua a beneficiare annualmente di maggiorazioni per rivalutazione. L'Assicurando ha diritto alla personalizzazione del presente prospetto e/o a richiedere chiarimenti all'intermediario in merito ai diversi risultati conseguibili in relazione a diverse articolazioni di premio, della durata contrattuale o di altri elementi.

TABELLA BONUS

Durata anni	Bonus % caso vita
5	5,4%
6	5,8%
7	6,2%
8	6,6%
9	7,0%
10	7,4%
11	7,8%
12	8,2%
13	8,6%
14	9,0%
15	9,4%
16	9,8%
17	10,2%
18	10,6%
19	11,0%
20	12,5%
21	14,0%
22	15,5%
23	17,0%
24	18,5%
25	20,0%
26	20,0%
27	20,0%
28	20,0%
29	20,0%
30	20,0%
31	20,0%
32	20,0%
33	20,0%
34	20,0%
35	20,0%
36	20,0%
37	20,0%
38	20,0%
39	20,0%
40	20,0%

PIANO PREVIDENZIALE BONUS

ALLEGATI

3. RICHIESTA DI CONCESSIONE DI PRESTITO

Il sottoscritto, Contraente della polizza indicata sul frontespizio del presente modulo, chiede la concessione di un prestito, a norma delle "Condizioni Generali e Speciali" di polizza.

- per un ammontare netto di € _____
- per un importo massimo pari al 90% del valore di riscatto netto.

Comunica altresì che l'ultima quietanza di premio pagata è quella scaduta il _____

Documentazione da allegare alla presente richiesta:

1. originale della polizza (no fotocopia, no proposta); in caso di smarrimento allegare denuncia presentata alle autorità competenti (Carabinieri, Polizia);
2. fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento;
3. Mod. EPS 269 (Legge 675/96 - Privacy) solo per contratti stipulati anteriormente al 1° gennaio 1998;
4. Mod. EPS 270 (modalità di pagamento)

Condizioni relative ai prestiti su polizze di assicurazione sulla vita:

1. Il prestito viene accordato dalla Società contro rilascio di regolare obbligazione ed analogo annotazione sulla polizza. L'interesse per il prestito è fissato dalla Società e risulta legato dall'andamento della gestione separata dei fondi ERGO; è dovuto in rate anticipate, unitamente al premio ed alle stesse scadenze, fatta eccezione per la prima rata che sarà trattenuta sull'importo del prestito concesso. Per le polizze a premio unico rimangono invariate le stesse condizioni sopra citate salvo emissione alla ricorrenza annua del contratto della quietanza riportante gli interessi di prestito da corrispondere.
2. Il prestito può essere rimborsato in qualunque momento dal Contraente (semprechè la polizza sia al corrente con il pagamento dei premi); la Società restituirà il prorata di interessi eventualmente non maturati ed annoterà in polizza l'avvenuta estinzione.
3. In caso di mancato pagamento di una rata di interessi, la Società riscatterà la polizza per quella parte di capitale assicurato il cui valore di riscatto corrisponde all'ammontare del prestito, lasciando la polizza in vigore per l'eventuale eccedenza del valore ridotto, determinabile secondo le Condizioni Generali di polizza;
4. La Società tratterrà, con diritto di prelazione, l'ammontare del prestito -se non estinto- da qualsiasi pagamento che dovesse fare in dipendenza della polizza.
5. Nelle assicurazioni che prevedono il diritto di opzione, se il Contraente si avvale di tale diritto e non rimborsa in contanti l'intero prestito, il prestito stesso verrà estinto riducendo tutte le prestazioni garantite secondo il rapporto esistente fra il capitale originariamente assicurato, detratto il prestito, ed il capitale originario stesso.
6. Nelle assicurazioni a Vita Intera, combinate di capitale e rendita, e nelle assicurazioni in Caso di Vita con controassicurazione, se il Contraente - al termine stabilito per il pagamento dei premi - non rimborserà in contanti l'intero prestito, la polizza verrà ridotta con le stesse modalità di cui al precedente punto 3.

Il sottoscritto contraente dichiara di accettare le condizioni per la concessione del prestito sopra esposto.

Luogo _____ Data _____

IL CONTRAENTE _____ VISTO DEL VINCOLATARIO _____
(quando esiste un vincolo)

Per l'autenticazione della firma L'AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

4. RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER SINISTRO - DENUNCIA DI MORTE DELL'ASSICURATO

La presente a scopo di denuncia dell'avvenuto decesso in data _____ dell'Assicurato della polizza vita n. _____

Sig./ra _____ a causa di _____

Comunica altresì che l'ultima quietanza di premio pagata è stata quella relativa alla scadenza del _____

Documentazione da allegare alla presente richiesta:

1. originale della polizza (no fotocopia, no proposta); in caso di smarrimento allegare denuncia presentata alle autorità competenti (Carabinieri, Polizia);
2. certificato di morte sul quale sia indicata anche la data di nascita dell'Assicurato;
3. Mod. EPS 269 (legge 675/96) sottoscritto da tutti i Beneficiari;
4. atto notorio in copia autentica oppure dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, dalla quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento e nella quale siano indicati gli eredi legittimi (nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto intestato, copia del testamento pubblicato a norma di legge);
5. nel caso in cui tra i beneficiari del contratto fossero presenti soggetti minorenni o incapaci verrà richiesta, verificato il diritto all'indennizzo (determinato correttamente il capitale da liquidare, ed in particolare la quota dello stesso spettante a predetti soggetti), copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la riscossione della quota destinata ai beneficiari minorenni o incapaci.
6. fotocopia fronte/retro di un valido documento d'identità dei Beneficiari;
7. Mod. EPS 270 (modalità di pagamento)

L'ulteriore seguente documentazione occorre solamente per le tariffe miste, temporanee caso morte, termine fisso e a vita intera .

Se il decesso è conseguente a malattia, la Società necessita ricevere:

- relazione del medico curante da redigersi sul Mod. EPS 268;
- referto autoptico;
- copia autenticata della cartella clinica relativa al primo ricovero, in occasione del quale venne posta diagnosi della malattia che condusse al decesso dell'Assicurato;
- copia autenticata della cartella clinica dell'ultimo ricovero;
- lettera di dimissioni relative ad altri eventuali ricoveri

Altrimenti, se il decesso è avvenuto per infortunio od incidente stradale, occorrono:

- copia del referto autoptico e dell'esame alcoolimetrico (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, nonché estratto del registro degli atti penali recante l'indicazione dell'ipotesi di reato per la quale sia stato richiesto il rinvio a giudizio.

Luogo _____ Data _____

IL RICHIEDENTE _____
(nome, cognome, indirizzo, firma)

Per l'autenticazione della firma L'AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

Richiesta relativa alla polizza n. _____ Contraente/Richiedente _____

C.F.

1. CAMBIAMENTO DI FORMA DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Da rate annuali semestrali trimestrali

A rate annuali semestrali trimestrali

Il Contraente prende atto che la modifica sarà effettuata in coincidenza con la prima ricorrenza annuale del contratto successiva alla data della presente richiesta.

Luogo _____ Data _____

IL CONTRAENTE _____ Per l'autenticazione della firma L'AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

N.B. La richiesta deve pervenire alla Compagnia almeno 90 gg. prima della ricorrenza annuale della polizza.

2. RETTIFICHE ANAGRAFICHE

Assicurato Contraente Beneficiario *(barrare con una crocetta la voce che è interessata alla modifica)*

Nome _____ Cognome _____

C.F. nato a _____

il _____ domiciliato in _____

CAP _____ Via _____ N. _____

Luogo _____ Data _____

IL CONTRAENTE _____ Per l'autenticazione della firma L'AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

3. COSTITUZIONE DEL VINCOLO

Il sottoscritto Contraente _____

dichiara di voler vincolare la polizza a favore di _____

per l'importo di €

Resta pertanto stabilito che nessun pagamento da parte della ERGO Previdenza S.p.A. potrà essere effettuato senza il consenso e l'intervento del predetto vincolatario, al cui consenso è pure subordinata la scelta di qualsiasi opzione eventualmente prevista dalle condizioni di polizza.

Luogo _____ Data _____

IL CONTRAENTE _____ VISTO DEL VINCOLATARIO O BENEFICIARIO _____
(quando esiste un vincolo o un beneficio accettato)

Per l'autenticazione della firma L'AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

N.B. Per tutte le tariffe l'importo vincolato non potrà essere superiore all'importo liquidabile in caso di morte dell'Assicurato.

4. CANCELLAZIONE DEL VINCOLO

Venuti a cessare i motivi che hanno determinato la costituzione del vincolo se ne autorizza la cancellazione.

Luogo _____ Data _____

IL VINCOLATARIO _____ Per l'autenticazione della firma L'AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

5. CAMBIAMENTO DI BENEFICIO

Il sottoscritto Contraente dichiara di attribuire il beneficio come segue:

in caso di vita dell'Assicurato: _____
(Nome o Ragione Sociale) (Codice Fiscale o Partita Iva)

in caso di morte dell'Assicurato
alla scadenza del contratto: _____
(Nome o Ragione Sociale) (Codice Fiscale o Partita Iva)

Deve intendersi così annullata ogni precedente attribuzione beneficiaria.

Luogo _____ Data _____
IL CONTRAENTE _____ Visto del VINCOLATARIO _____
(quando esiste un vincolo)

Per l'autenticazione della firma L'AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

6. ACCETTAZIONE DEL BENEFICIO

Con la sottoscrizione della presente manifestazione di volontà il Contraente ed il Beneficiario dichiarano, rispettivamente, ai sensi dell'art. 1921 2° Comma, del codice Civile, di rinunciare al potere di revoca e di voler profittare del beneficio.

Luogo _____ Data _____

IL BENEFICIARIO ACCETTANTE _____ IL CONTRAENTE _____

Per l'autenticazione delle firme L'AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

N.B.

Il beneficio accettato non può essere revocato o modificato, salvo esplicita rinuncia al beneficio da parte dell'accettante e salvi i casi di decadenza di cui all'art. 1922 del Codice Civile.

7. TRASFERIMENTO DI PROPRIETÀ PER CESSIONE

Il sottoscritto Contraente **dichiara di trasferire la proprietà del contratto** a favore del Sig.

Nome _____ Cognome _____

C.F. _____ nato a _____

il _____ domiciliato in _____

CAP _____ Via _____ N. _____

Documento d'Identità: Carta di identità Passaporto

N. Documento _____ rilasciato da _____ in data _____
(Autorità rilasciante e Località)

che a sua volta **dichiara di accettare.**

Luogo _____ Data _____

IL CESSIONARIO _____ IL CEDENTE _____
(Contraente subentrante) (Contraente Cessante)

Per l'autenticazione della firma L'AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

N.B.

A) Attenzione: nel caso di richiesta di trasferimento di proprietà per cessione, si rende necessaria la compilazione e sottoscrizione del "Consenso al trattamento dei dati personali generali e sensibili" riportato in calce alla quarta pagina del presente modello.

B) Qualora il Cessionario intendesse indicare il trasferimento di proprietà in caso di sua premorienza, compilare anche il punto 8).

Documentazione da allegare in caso di TRASFERIMENTO DI PROPRIETÀ PER DECESSO DEL CONTRAENTE:

1. copia del certificato di morte;
2. atto notorio in copia autentica oppure dichiarazione sostitutiva, rilasciata ai sensi della Legge n. 15 del 04.01.1968, dalla quale risulti che il Contraente è deceduto senza lasciare testamento e nella quale siano indicati gli eredi legittimi (nel caso in cui il Contraente sia deceduto intestato, copia del testamento pubblicato a norma di legge);
3. qualora il Contraente subentrante sia uno degli eredi o soggetto diverso dagli eredi occorre atto notorio con il quale gli eredi rinuncino alla contraenza in favore del Contraente subentrante.

8. TRASFERIMENTO DI PROPRIETÀ IN CASO DI PREMORIANZA DEL CONTRAENTE

(UTILIZZABILE SOLO SE IL CONTRAENTE È PERSONA DIVERSA DALL'ASSICURATO)

Il sottoscritto Contraente dichiara che, in caso di sua premorienza e salvo contrarie disposizioni testamentarie, i diritti spettantigli quale Contraente, dovranno ritenersi trasferiti al Sig.

Nome _____ Cognome _____

C.F. nato a _____
il _____ domiciliato in _____

CAP _____ Via _____ N. _____

Documento d'Identità: Carta di identità Passaporto

N. Documento _____ rilasciato da _____ in data _____
(Autorità rilasciante e Località)

con sua piena facoltà di disporre della polizza anche per quanto riguarda la variazione del beneficiario.

Luogo _____ Data _____

IL CONTRAENTE _____ Per l'autenticazione della firma L'AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

N.B.

Attenzione: nel caso di richiesta di trasferimento di proprietà in caso di premorienza del Contraente, si rende necessaria la compilazione e sottoscrizione del "Consenso al trattamento dei dati personali generali e sensibili" riportato in calce alla quarta pagina del presente modello.

9. RICHIESTA DI DUPLICATO DELLA POLIZZA

Il Contraente dichiara di non essere in possesso del proprio originale di polizza e ne richiede rilascio di un duplicato, in quanto:

non gli è mai pervenuto è stato smarrito (allegare denuncia all'Autorità competente) gli è stato sottratto (allegare denuncia all'Autorità competente)

Luogo _____ Data _____

IL CONTRAENTE _____ Per l'autenticazione della firma L'AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

10. ACCENSIONE ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI

Morte a seguito di Infortunio e di Infortunio Automobilistico Esonero dal pagamento premi per invalidità totale e permanente
(Per entrambe le richieste compilare il questionario riportato in calce)

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? SI NO
Se SI, precisare solo quando ed allegare documentazione.....

3. Si è sottoposto ad esami clinici? Rispondere SI, solo se furono rilevate situazioni ANOMALE O PATOLOGIE PREESISTENTI. SI NO
Se SI, precisare esami ed allegare documentazione. IN TUTTI GLI ALTRI CASI RISPONDERE NO.

4. E' mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero per semplici accertamenti o per interventi chirurgici? SI NO
(Non è obbligatorio dichiarare gli interventi di appendicectomia, erniotomia, 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.

5. Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti, ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbre, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle? SI NO
In caso di risposta affermativa la Società stabilirà le condizioni di accettazione.

6. Pratica una delle seguenti attività professionali e/o sportive? SI NO
Elenco delle professioni particolari e degli sports praticati a livello amatoriale per i quali l'accettazione della proposta è subordinata al benessere della Direzione, previa compilazione da parte dell'Assicurato di un apposito questionario redatto dalla Società. L'assunzione di tali rischi comporterà l'applicazione di un sovrappremio professionale o sportivo sul Programma Base Vita ed eventualmente sul Programma Integrativo Vita. Non saranno accordabili le assicurazioni complementari.
Professioni: •artificiere •chimico o petrolchimico a contatto con esplosivi, sostanze radioattive o tossiche •forze dell'ordine di reparti operativi •operaio edile che lavora su impalcature •giornalista inviato speciale •guida montana •tecnico su piattaforme petrolifere •palombaro •minatore

Se SI, indicare quale..... SI NO

Sports: •gare automobilistiche, motociclistiche, motonautiche •pugilato •ippica •immersioni subacquee e con autorespiratore •gare di bob •regate veliche
Se SI, indicare quale..... SI NO

7. Pratica le seguenti attività professionali e/o sportive? SI NO
Elenco delle professioni particolari e degli sports praticati a livello amatoriale per i quali l'accettazione della proposta potrà essere subordinata a particolari condizioni, e comporterà comunque l'esclusione della copertura per caso di morte qualora tale evento si verificasse in connessione all'esercizio dell'attività professionale e/o sportiva dichiarata dall'Assicurato.
Professioni: •militare paracadutista •pilota di aeromobili militari e civili •stuntman •circense •militare di reparti operativi •membro di equipaggio di aeromobili
Se SI, indicare quale..... SI NO

Sports: •paracadutismo •deltaplano •parapendio •alpinismo •speleologia •sci con salto dal trampolino
Se SI, indicare quale..... SI NO

8. Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi? SI NO
Se SI, precisare: percentuali di invaliditàe caratteristiche difetti.....

9. Intraprende o prevede di dover intraprendere viaggi fuori Europa solo per motivi professionali? SI NO
Se SI, precisare: dove.....per quanto tempo.....

N.B. I dati di cui sopra costituiscono elemento per la determinazione del premio dovuto.

Luogo _____ Data _____

L'ASSICURATO _____ IL CONTRAENTE _____

(Se persona diversa dal Contraente)

Per l'autenticazione delle firme L'AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

Previdenza

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 DELL'ART.10 DELLA LEGGE 31/12/1996 N. 675**

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 (di seguito denominata Legge), 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:

- a) 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;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi delle Società del Gruppo, a 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:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 1, comma 2, lett. b), della Legge: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela;
- 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 nonché da società di servizi, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento.

3. 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, Motorizzazione Civile, Banca Dati RC Auto, 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. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI 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), e 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 consortili 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);

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.

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.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 13 della Legge 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 del trattamento è ERGO Previdenza S.p.A., nella persona del suo Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano - Italia.

Responsabile designato ai sensi dell'Art. 13 della L. 675/96 è la Direzione Commerciale - Marketing - 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, relativamente alla normativa di cui alla Legge n. 675 del 31 dicembre 1996, visto il disposto degli articoli 11, 20, 22 e 28 della Legge stessa:

ACCONSENSO / IAMO

1. al trattamento dei dati personali, sia comuni sia 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);

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



MODALITA' DI PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

Polizza N. _____

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di: Contraente Beneficiario

nato/a a _____ Provincia il / /
(indicare il Comune o lo Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

Residente in _____ Provincia C.A.P.
(indicare il Comune di residenza se Persona Fisica, in cui si trova la sede legale se Società) (sigla)

Indirizzo _____
(Via, Piazza, Corso, ecc.)

Codice fiscale o Partita IVA

Tipo di documento: _____ Numero _____
(carta d'identità, patente, passaporto)

Rilasciato da _____ il _____

chiede che la liquidazione della polizza sopramenzionata avvenga con la seguente modalità:

mediante bonifico sulle seguenti coordinate bancarie relative al C/c a lui/lei intestato:

Banca _____ Agenzia n° _____
(indicare la denominazione sociale della Banca)

Comune _____ Provincia _____
(indicare il Comune in cui ha sede la Banca) (sigla)

cod. A.B.I. cod. C.A.B. n° C/C

Intestato a _____

Data / / _____ Firma _____

mediante bonifico sulle seguenti coordinate bancarie relative a persona diversa:

Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ Provincia il / /
(indicare il Comune o lo Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

Residente in _____ Provincia C.A.P.
(indicare il Comune di residenza se Persona Fisica, in cui si trova la sede legale se Società) (sigla)

Indirizzo _____
(Via, Piazza, Corso, ecc.)

Codice fiscale o Partita IVA

Tipo di documento: _____ Numero _____
(carta d'identità, patente, passaporto)

Rilasciato da _____ il _____

Banca _____ Agenzia n° _____
(indicare la denominazione sociale della Banca)

Comune _____ Provincia _____
(indicare il Comune in cui ha sede la Banca)

cod. A.B.I. cod. C.A.B. n° C/C

Intestato a _____

Data / / _____ Firma del Percipiente _____

Prendo atto che i dati indicati nel presente modulo saranno utilizzati dalla Compagnia al fine di gestire la liquidazione richiesta
N.B. allegare copia fronte/retro del valido documento d'identità e codice fiscale

Data / / Firma del Contraente *(per accettazione)*

Data / / Firma del Beneficiario *(per accettazione)*

DA COMPILARE A CURA DELLA DIREZIONE

SCHEDA N. _____

UFFICIO _____

CODICE DIPENDENTE _____

DATA OPERAZIONE _____

VALUTA _____

IMPORTO _____

OPERAZIONE FRAZIONATA SI
 NO

CONTRAENTE/BENEFICARIO PERCIPIENTE

CODICE ESTERO

SESSO M F

FIRMA COMPILATORE _____

DATA COMPILAZIONE _____

DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO ANTIRICICLAGGIO

FIRMA RICEVENTE _____

DATA RICEZIONE _____

FIRMA DI CHI REGISTRA LA SCHEDA _____

DATA REGISTRAZIONE _____

È un prodotto

ERGO
Previdenza
Divisione SSI e SSI Assconsult

distribuito
in esclusiva da:


SSI
STAR SERVICE INTERNATIONAL

ERGO PREVIDENZA S.p.A.
Sede e Direzione Generale:
Via Pampuri 13
20141 Milano

Servizio Clienti: Tel. 199.157.157 - Fax 0257442360
e-mail: comunicazioni@ergoitalia.it

www.ergoitalia.it

A member of the **ERGO** Insurance Group.