



BPV VITA S.p.A. – Gruppo Cattolica Assicurazioni

FONTE SICURA

ASSICURAZIONE DI RENDITA VITALIZIA RIVALUTABILE PER LA COPERTURA DEL RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA A PREMIO ANNUO RIVALUTABILE (LONG TERM CARE)

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa, Condizioni di Assicurazione, Regolamento della Gestione Speciale “GESTIONE FUTURO”, Glossario e Modulo di proposta deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

NOTA INFORMATIVA

ASSICURAZIONE DI RENDITA VITALIZIA RIVALUTABILE PER LA COPERTURA DEL RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA A PREMIO ANNUO RIVALUTABILE (LONG TERM CARE)

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

SEZIONE A – INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA

1. Informazioni generali

- a) BPV VITA S.p.A., appartenente al Gruppo Cattolica Assicurazioni. Numero di iscrizione al registro delle imprese di Verona 03035950231;
- b) Sede Legale e Direzione Generale: Piazza Nogara, 2 – 37121 Verona, Italia;
- c) Sede Operativa: Via Pirandello, 37 – 37138 Verona, Italia;
- d) Telefono: 0458391111; sito Internet: www.bpvvita.it; indirizzo di posta elettronica: bpvvita@cattolicaassicurazioni.it;
- e) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento ISVAP n. 1762 del 21 dicembre 2000 e pubblicazione G.U. Serie Generale n. 1 del 2 gennaio 2001;
- f) Società di revisione: Reconta Ernst & Young S.p.A., Sede legale: Via G.D. Romagnosi, 18/A – 00196 Roma.

2. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto di BPV Vita S.p.A., società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni e partecipata da Banco Popolare di Verona e Novara S.c.ar.l., capogruppo del Gruppo Banco Popolare di Verona e Novara.

Il collocamento del presente contratto è svolto da Banco Popolare di Verona e Novara S.c.ar.l.

A Banca Aletti & C. S.p.A. – società del Gruppo Banco Popolare di Verona e Novara – è attualmente affidata la delega di gestione della Gestione Speciale "GESTIONE FUTURO".

La Compagnia potrà effettuare investimenti in strumenti finanziari emessi da società partecipanti al capitale sociale della Compagnia stessa o in attivi emessi da società partecipate dalla Compagnia stessa.

La Compagnia si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra. Pertanto il collocamento del presente contratto e la gestione della Gestione Speciale "GESTIONE FUTURO" potrebbero comportare il rischio di un

CONFLITTO DI INTERESSI derivante dalla situazione sopra descritta.

La Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente.

SEZIONE B – INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata del presente contratto coincide con la vita dell'Assicurato.

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso di cui al punto 11.

La Compagnia garantisce, nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non-autosufficienza nel corso del rapporto contrattuale, in base a quanto previsto al punto 3.1.4, la corresponsione allo stesso di:

- una rendita vitalizia mensile anticipata rivalutabile;
- un capitale fisso erogato immediatamente di importo pari a 12 volte la rendita vitalizia iniziale mensile assicurata; tale capitale viene erogato solo in occasione del primo accertamento dello stato di non-autosufficienza.

In caso di decesso dell'Assicurato, il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia. Nel caso in cui fosse già in corso il pagamento della rendita di non-autosufficienza, se ne interrompe la corresponsione.

3.1 Prestazione in caso di perdita dell'autosufficienza

3.1.1 Definizione dello stato di non-autosufficienza

Si intende per stato di non-autosufficienza dell'Assicurato l'impossibilità fisica totale e presumibilmente permanente di compiere senza l'assistenza di una terza persona almeno 4 delle seguenti *attività ordinarie della vita quotidiana (ADL)*:

1. lavarsi: capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia) o lavarsi in modo soddisfacente in altro modo;
2. vestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
3. alimentarsi: capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri;
4. andare in bagno: capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
5. mobilità: capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano;
6. spostarsi: capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa.

Sono inoltre equiparati alla non-autosufficienza i seguenti casi:

1. la malattia di Parkinson: la diagnosi della malattia di Parkinson deve essere formulata da uno specialista neurologo (primario o aiuto) di Clinica o Istituto di Neurologia. Potrà essere richiesta la conferma della diagnosi da parte di uno o più specialisti neurologi.

La diagnosi deve specificare che:

- la condizione non si può controllare con la terapia farmacologica;
- la condizione mostra segni di compromissione progressiva;
- la valutazione delle attività della vita quotidiana conferma l'incapacità dell'Assicurato a svolgere 4 o più ADL.

È coperta solo la forma idiopatica della patologia mentre sono escluse tutte le altre forme di Parkinsonismo. Per idiopatica si intende una patologia ad eziologia sconosciuta: quindi non sarà coperta alcuna forma di Parkinsonismo dovuta a cause note, come l'azione di alcuni farmaci (ad esempio neurolettici) o sostanze chimiche tossiche o di origine traumatica.

2. la malattia di Alzheimer: la diagnosi della malattia di Alzheimer deve essere formulata da uno specialista neurologo o geriatra di un istituto o ospedale specializzato prima del 65° compleanno dell'Assicurato. La diagnosi deve, al momento della formulazione, essere confermata da evidenza di deterioramento progressivo della memoria e della capacità di ragionamento e di percezione, comprensione, espressione e di mettere in pratica concetti astratti (come definito dai criteri diagnostici DSM4 o NINCS-NADRDA). La Compagnia si

riserva la facoltà di richiedere conferma della diagnosi da parte di uno o più specialisti neurologi o geriatri da essa designati.

3. la perdita delle capacità mentali: la perdita delle capacità mentali viene definita come perdita della capacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si deve manifestare con l'incapacità di badare a se stessi senza la supervisione continua da parte di un'altra persona e deve derivare da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica.

Nel caso di miglioramento delle condizioni di salute tale per cui diminuisca al di sotto di 4 il numero di ADL che l'Assicurato non è in grado di compiere, la corresponsione della rendita assicurata e la sospensione dall'onere di pagamento dei premi vengono interrotti, come previsto al punto 12.2; viceversa, nel caso di aggravamento delle condizioni di salute, la medesima prestazione continuerà ad essere corrisposta.

3.1.2 Dichiarazione del Contraente e dell'Assicurato

Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

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

A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso il premio convenuto per il primo anno.

B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

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

In ogni caso, l'inesatta indicazione della data di nascita e del sesso dell'Assicurato comporta la

OMA

rettifica, in base alla data di nascita ed al sesso effettivi, delle somme dovute.

Rischio morte. Non rileva ai fini della garanzia l'eventuale cambiamento di professione dell'Assicurato.

A. ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di non-autosufficienza dovuta a:

- dolo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi dello Stato italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra civile, tumulti e sommosse;
- alcolismo o dipendenza da droghe, a meno che le droghe consumate non siano prescritte da un medico abilitato alla professione;
- volontario rifiuto dell'Assicurato o negligenza, imprudenza ed imperizia nell'osservare prescrizioni mediche;
- contaminazione radioattiva o nucleare;
- tentato suicidio, lesioni o malattie provocate intenzionalmente;
- 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;
- esercizio delle seguenti attività sportive: automobilismo, motociclismo, motonautica, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, speleologia senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, kayak, rafting, immersione con autorespiratore, sport aerei (paracadutismo, deltaplano, parapendio, volo a vela);
- affezioni o incidenti verificatisi in data precedente la data di conclusione del contratto;

- disturbi mentali o del sistema nervoso non riconducibili a causa organica identificabile (sono quindi esclusi, ad esempio, stati di confusione acuta o disturbi emotivi, disturbi d'ansia, disturbi da stress o disturbi dell'umore come la depressione).

Indipendentemente da qualsiasi causa/e concorrente sono esclusi dalla garanzia i casi di non-autosufficienza che derivino direttamente o indirettamente da un qualsiasi atto di terrorismo che includa l'uso, il rilascio o la minaccia di uso o rilascio di qualsiasi arma o strumento nucleare e/o agenti chimici e/o biologici. Per la finalità di questa esclusione un atto di terrorismo è definito come un atto che include, ma non è limitato all'uso di forza o violenza e/o alla minaccia dell'uso di forza o violenza, da parte di qualsiasi persona e/o gruppo/i di persone, sia nel caso in cui agiscano singolarmente o in connessione con ogni organizzazione/i o governo/i, commesso per fini politici, religiosi, ideologici o etnici o altri fini che includono l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o di seminare il panico nella pubblica opinione od in una qualsiasi parte di essa.

Nel caso la non-autosufficienza sia dovuta ad una di tali cause, la Compagnia corrisponde esclusivamente una somma pari al 50% dei premi versati, rivalutati sino alla data dell'accertamento dello stato medesimo secondo le modalità indicate al punto 5.

A seguito di tale pagamento da parte della Compagnia la garanzia si intende risolta.

B. CONDIZIONI DI CARENZA

La garanzia assicurativa è operante alle seguenti condizioni di carenza:

1. per gli stati di non-autosufficienza causati da infortunio: a partire dalla data di conclusione del contratto per entrambe le prestazioni di rendita e di capitale;
2. per gli stati di non-autosufficienza causati da ogni altra causa:
 - dopo che sia decorso 1 anno dalla data di conclusione del contratto per la rendita vitalizia mensile;
 - dopo che siano decorsi 2 anni dalla data di conclusione del contratto per il capitale fisso erogato immediatamente;
3. per gli stati di non-autosufficienza (per entrambe le prestazioni di rendita e di capitale) dovuti alle malattie di Parkinson e di Alzheimer e per la perdita delle capacità

mentali: dopo che siano decorsi 3 anni dalla data di conclusione del contratto.

Nel caso si manifesti uno stato di non-autosufficienza nei termini di carenza citati viene restituito il 50% dei premi già versati, rivalutati sino alla data dell'accertamento dello stato medesimo, secondo le modalità indicate al punto 5.

A seguito di tale pagamento da parte della Compagnia la garanzia si intende risolta.

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

Nel caso in cui lo stato di non-autosufficienza intervenga entro i primi 7 anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la prestazione assicurata non verrà corrisposta; verrà invece liquidato un capitale pari alla somma del 50% dei premi versati, rivalutati secondo le modalità indicate al punto 5.

A seguito di tale pagamento da parte della Compagnia la garanzia si intende risolta.

Periodo di franchigia. La prestazione assicurata verrà corrisposta se perdura lo stato di non-autosufficienza **dopo che sia trascorso il periodo di franchigia di 90 giorni.** Tale termine decorre dalla data di accertamento dello stato di non-autosufficienza.

Con riferimento all'erogazione del capitale fisso iniziale, questo viene pagato **trascorsi 90 giorni dalla data di accertamento del diritto della prestazione, se l'Assicurato è in vita a tale data.**

3.1.3 Requisiti soggettivi

L'Assicurato nel momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione deve avere un'età non superiore ad anni 70 e non inferiore a 18 anni.

Sono assicurabili le sole persone fisiche che rispondano ai requisiti definiti tramite il Questionario sulla salute dell'Assicurato da compilare e sottoscrivere preliminarmente alla conclusione del contratto. Nel caso in cui l'Assicurato risponda affermativamente ad almeno una delle domande del suddetto Questionario, la copertura assicurativa non potrà essere attivata.

Come previsto al punto 3.1.4, per il livello di prestazione assicurata "Vip" l'età massima dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto non potrà essere superiore ai 45 anni; in caso di età superiore verrà richiesta non solo la compilazione del Questionario sulla salute, ma sarà

necessario effettuare anche la visita medica e le analisi indicate dalla Compagnia. Per il livello "SuperVip" sono sempre necessarie – oltre alla compilazione del Questionario sulla salute – anche la visita medica e le analisi indicate dalla Compagnia.

3.1.4 Prestazione assicurata

La copertura di cui al presente contratto prevede, nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non-autosufficienza nel corso del rapporto contrattuale, la corresponsione allo stesso di:

- una rendita vitalizia mensile anticipata rivalutabile;
- un capitale fisso erogato immediatamente di importo pari a 12 volte la rendita vitalizia iniziale mensile assicurata; tale capitale viene erogato solo in occasione del primo accertamento dello stato di non-autosufficienza.

Le prestazioni previste dal contratto sono garantite dalla Compagnia.

Il contratto prevede un rendimento annuo totale garantito del 2,00% realizzato tramite l'adozione di un tasso tecnico nel calcolo della rendita e una garanzia di consolidamento annuale delle prestazioni.

La rendita viene corrisposta con periodicità mensile, non prima che siano decorsi 90 giorni (periodo di franchigia) dalla data di attestazione medica dello stato di non-autosufficienza resa in sede di denuncia.

Con riferimento all'erogazione del capitale fisso iniziale, questi viene pagato trascorsi 90 giorni dalla data di denuncia (e una volta accertato il diritto alla prestazione) se l'Assicurato è in vita a tale data.

Preliminarmente alla conclusione del contratto, la Compagnia farà sottoscrivere all'Assicurato alcune dichiarazioni relative allo stato di salute proprio e dei componenti del suo nucleo familiare; **se tali dichiarazioni non vengono sottoscritte o nel caso di almeno una risposta affermativa la copertura assicurativa non potrà essere attivata.**

Il Contraente ha la possibilità di scegliere tra i 5 livelli di rendita mensile iniziale esposti nella seguente Tabella A e la prestazione assicurata viene riportata sul modulo di proposta:

Tabella A

Livello della prestazione assicurata	Rendita mensile iniziale
Bassa	500,00 Euro
Media	1.000,00 Euro
Alta	1.500,00 Euro
Vip	2.000,00 Euro
SuperVip	2.500,00 Euro

Per il livello di prestazione assicurata "Vip" l'età massima dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto non potrà essere superiore ai 45 anni; in caso di età superiore verrà richiesta non solo la compilazione del Questionario sulla salute, ma sarà necessario effettuare la visita medica e le analisi indicate dalla Compagnia. Per il livello "SuperVip" sono sempre necessarie – oltre alla compilazione del Questionario sulla salute – anche la visita medica e le analisi indicate dalla Compagnia.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del Questionario sulla salute dell'Assicurato.

Inoltre è previsto che, qualora – maturato il diritto alla prestazione – l'importo annuo della rendita risulti inferiore al 50% dell'assegno sociale di cui all'art. 3 della L. 8 agosto 1995, n. 335, commi 6 e 7, l'Assicurato possa richiedere la liquidazione dell'intero importo maturato sotto forma di capitale.

Relativamente alla malattia di Alzheimer, sia la prestazione di rendita che di capitale verranno riconosciute solo se la diagnosi della malattia è stata formulata prima del 65° compleanno dell'Assicurato.

4. Premi

Il Contraente è tenuto alla corresponsione, finché l'Assicurato sarà in vita, di un premio annuo rivalutabile.

Il premio annuo iniziale viene determinato nel suo ammontare in funzione del livello della prestazione di rendita prescelto, del sesso e dell'età dell'Assicurato.

Nel momento in cui si verifica lo stato di non-autosufficienza e una volta riconosciuto il diritto alla prestazione da parte della Compagnia, il pagamento del premio viene sospeso.

L'importo del premio determinato comprende i costi di acquisizione, emissione, gestione ed incasso di cui al punto 7.1.1.

Il pagamento del premio viene effettuato presso lo sportello bancario tramite addebito sul conto corrente intestato al Contraente ed acceso presso la Società Collocatrice per la prima rata di premio e tramite addebito automatico per le rate di premio successive.

Ai fini della prosecuzione del rapporto assicurativo, nel caso di estinzione del conto corrente presso la Società Collocatrice, il Contraente dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia che provvederà a fornire al Contraente stesso le modalità alternative disponibili per l'incasso delle rate di premio rimanenti.

Ad ogni ricorrenza annuale di contratto il premio viene rivalutato secondo le modalità indicate al punto 5.

Il premio annuo potrà essere corrisposto anche in rate semestrali, trimestrali o mensili, applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento) dello stesso come indicato al punto 7.1.1.

Mancato pagamento del premio (risoluzione e riduzione) e ripresa del pagamento dei premi (riattivazione)

Come previsto all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione, è facoltà del Contraente di sospendere il pagamento dei premi – mediante comunicazione scritta da presentare alla Compagnia o presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza – con i seguenti effetti:

- **se il numero di annualità di premio corrisposte è inferiore ad uno, il contratto si estingue automaticamente con la perdita di quanto già versato, trascorsi 60 giorni dalla scadenza della prima rata non corrisposta;**
- **se il numero di annualità di premio corrisposte è almeno pari ad uno, il Contraente ha diritto ad una prestazione ridotta determinata come descritto all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione.**

In quest'ultimo caso è possibile richiedere successivamente il ripristino delle prestazioni originarie del contratto, entro 1 anno dalla scadenza della prima rata di premio insoluta come previsto all'Art. 7 delle Condizioni di Assicurazione.

Variazione del premio

A seguito di decisioni legislative o regolamentari aventi come conseguenza la modifica degli impegni della Compagnia, o nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del

premio applicato alla presente polizza evidenzino un significativo scostamento rispetto all'andamento futuro previsto, la Compagnia si riserva il diritto di modificare il premio alla ricorrenza annuale di polizza. Il premio verrà modificato in funzione dell'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto.

La modifica verrà applicata all'intera categoria di contratti emessi alle medesime condizioni.

La Compagnia si impegna ad apportare modifiche di tariffa entro il limite massimo del 25% e ad intervalli non inferiori a 5 anni dalla data di decorrenza del contratto.

Il nuovo premio non potrà comunque essere superiore a quello applicabile ai nuovi contratti per un'identica copertura assicurativa.

Il Contraente potrà comunque richiedere alla Compagnia le basi statistiche con le quali è stato calcolato il nuovo premio.

La Compagnia comunica il nuovo importo del premio che intende applicare almeno 90 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza.

Il Contraente che non intenda accettare tale incremento, deve rendere nota tale volontà alla Compagnia, o presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta di un importo pari alla differenza tra la rendita inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

Se il Contraente corrisponde il nuovo premio, si intende che tale comportamento vale come accettazione delle nuove condizioni proposte dalla Compagnia.

TABELLE ILLUSTRATIVE DEI PREMI

Gli importi indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti ad esempio alla professione ed allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Compagnia solo dopo che l'Assicurando abbia reso le necessarie informazioni e compilato il Questionario sulla Salute (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica).

Importi di premio (valori in Euro)

Rendita mensile iniziale prescelta: 500,00									Sesso: Maschio
	Età								
	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Premio annuo iniziale	348,50	395,48	454,34	529,04	624,20	748,34	911,36	1.128,62	1.426,16

Rendita mensile iniziale prescelta: 1.000,00									Sesso: Maschio
	Età								
	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Premio annuo iniziale	647,00	740,96	858,68	1.008,08	1.198,40	1.446,68	1.772,72	2.207,24	2.802,32

Rendita mensile iniziale prescelta: 1.500,00									Sesso: Maschio
	Età								
	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Premio annuo iniziale	945,50	1.086,44	1.263,02	1.487,12	1.772,60	2.145,02	2.634,08	3.285,86	4.178,48

Rendita mensile iniziale prescelta: 2.000,00									Sesso: Maschio
	Età								
	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Premio annuo iniziale	1.244,00	1.431,92	1.667,36	1.966,16	2.346,80	2.843,36	3.495,44	4.364,48	5.554,64

Rendita mensile iniziale prescelta: 2.500,00									Sesso: Maschio
	Età								
	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Premio annuo iniziale	1.542,50	1.777,40	2.071,70	2.445,20	2.921,00	3.541,70	4.356,80	5.443,10	6.930,80

Rendita mensile iniziale prescelta: 500,00									Sesso: Femmina
	Età								
	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Premio annuo iniziale	512,00	582,20	667,70	773,18	904,52	1.072,16	1.276,70	1.572,20	1.999,94

Rendita mensile iniziale prescelta: 1.000,00									Sesso: Femmina
	Età								
	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Premio annuo iniziale	974,00	1.114,40	1.285,40	1.496,36	1.759,04	2.094,32	2.503,40	3.094,40	3.949,88

Rendita mensile iniziale prescelta: 1.500,00									Sesso: Femmina
	Età								
	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Premio annuo iniziale	1.436,00	1.646,60	1.903,10	2.219,54	2.613,56	3.116,48	3.730,10	4.616,60	5.899,92

Rendita mensile iniziale prescelta: 2.000,00									Sesso: Femmina
	Età								
	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Premio annuo iniziale	1.898,00	2.178,80	2.520,80	2.942,72	3.468,08	4.138,64	4.956,80	6.138,80	7.849,76

Rendita mensile iniziale prescelta: 2.500,00									Sesso: Femmina
	Età								
	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Premio annuo iniziale	2.360,00	2.711,00	3.138,50	3.665,90	4.322,60	5.160,80	6.183,50	7.661,00	9.799,70

5. Rivalutazione annuale della prestazione assicurata e del premio

La rendita assicurata indicata in polizza e il premio annuo versato vengono annualmente rivalutati in base ad una specifica gestione patrimoniale, descritta alla sezione C, denominata "GESTIONE FUTURO", separata dalle altre attività della Compagnia e disciplinata da apposito Regolamento che forma parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

Il tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione "GESTIONE FUTURO", è calcolato con riferimento ai dodici mesi precedenti ed applicato alle polizze aventi decorrenza nel terzo mese successivo a quello ultimo considerato per la determinazione del tasso di rendimento.

I) Misura della rivalutazione

La misura annua di rivalutazione si ottiene:

- moltiplicando il tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla Gestione "GESTIONE FUTURO", come stabilito al punto 3 del Regolamento, per un'aliquota di partecipazione pari all'80% del rendimento della Gestione;

- sottraendo il tasso tecnico del 2,00% già riconosciuto nel calcolo del premio;
- dividendo il risultato per un fattore pari a 1,020, ovvero scontando per un anno la differenza tra la rivalutazione da retrocedere ed il tasso tecnico stesso.

Qualora la misura annua di rivalutazione risultasse non positiva sarà posta pari a zero, non assegnando, quindi, per il periodo considerato, alcuna rivalutazione aggiuntiva rispetto alla misura del tasso tecnico precontato.

II) Rivalutazione della rendita assicurata

Ad ogni ricorrenza annuale di polizza, la rendita assicurata verrà rivalutata utilizzando la misura di rivalutazione definita al punto I).

La rendita annua rivalutata sarà ottenuta sommando alla rendita in vigore nel periodo annuale precedente il prodotto della rendita stessa per la misura della rivalutazione di cui al punto I).

Il valore rivalutato della prestazione assicurata verrà comunicato al Contraente ad ogni ricorrenza annuale di polizza.

III) Rivalutazione della rendita assicurata in caso di stabilizzazione del premio

Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio così come previsto al successivo punto IV), alla ricorrenza annuale di polizza la prestazione rivalutata si ottiene sommando alla rendita in vigore nel periodo annuale precedente i due importi così definiti:

- un importo ottenuto moltiplicando la rendita iniziale riproporzionata, come di seguito definita, per la misura annua di rivalutazione di cui al punto I), e riducendo tale prodotto nel rapporto fra il numero degli anni trascorsi dalla data di decorrenza, comprese eventuali frazioni sub-annuali, e la differenza tra 100 e l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto;
- un ulteriore importo ottenuto moltiplicando la differenza fra la rendita assicurata nel periodo annuale precedente e la rendita iniziale riproporzionata, per la misura di rivalutazione di cui al punto I).

Per rendita iniziale riproporzionata si intende il prodotto della rendita inizialmente assicurata per il rapporto tra l'ammontare del premio annuo dovuto nell'ultimo anno che precede la ricorrenza annuale considerata ed il premio annuo dovuto nel primo anno di assicurazione.

IV) Rivalutazione del premio

A fronte della rivalutazione annuale della rendita assicurata, e come indicato al punto 4., il premio dovuto viene adeguato nella stessa misura annua di rivalutazione e con la stessa modalità di adeguamento della rendita assicurata.

5.1 Stabilizzazione del premio e ripresa della rivalutazione

Il Contraente, ad ogni ricorrenza annuale di polizza, può richiedere che il premio da quel momento in poi non venga più adeguato alla misura di rivalutazione. Tale richiesta deve essere effettuata mediante comunicazione scritta presentata alla Compagnia o presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale.

A seguito di tale richiesta, la prestazione assicurata verrà rivalutata secondo la misura stabilita al punto 5.III).

Il Contraente, tuttavia, sempre 45 giorni prima di ogni ricorrenza annuale, può richiedere il ripristino delle condizioni di adeguamento del premio alla misura di rivalutazione.

A partire dalla ricorrenza successiva, il premio e la prestazione assicurata verranno nuovamente rivalutati secondo le modalità esposte al punto 5.II).

SEZIONE C – INFORMAZIONI SULLA GESTIONE INTERNA SEPARATA

6. Gestione interna separata

La presente forma assicurativa è collegata ad una specifica gestione patrimoniale avente le seguenti caratteristiche:

- a) Denominazione della gestione: "GESTIONE FUTURO".
- b) Valuta di denominazione: Euro.
- c) Finalità della gestione: redditività e rivalutabilità del patrimonio, mediante una diversificazione globale degli investimenti; conservazione e graduale incremento del capitale attraverso una rivalutazione annuale minima e una garanzia di consolidamento annuale delle prestazioni.
- d) Periodo di osservazione per la determinazione del rendimento: dodici mesi di calendario consecutivi (l'esercizio relativo alla certificazione decorre dal 1° novembre dell'anno precedente fino al 31 ottobre dell'anno successivo).
- e) Composizione della gestione al 31 ottobre dell'anno relativo all'ultima certificazione:

Tabella B

Descrizione categoria	Composizione al 31/10/05	
	Importi in Euro	%
BTP	550.895.537	43,85
CCT	347.934.326	27,70
Altri titoli di Stato emessi in Euro	23.854.590	1,90
Altri titoli di Stato emessi in valuta	10.283.148	0,82
Obbligazioni quotate in Euro	302.220.238	24,06
Azioni quotate in Euro	19.876.393	1,58
Azioni quotate in valuta	1.047.035	0,08
Liquidità	123.200	0,01
Totale degli attivi della gestione separata	1.256.234.467	100,00

La gestione interna separata è conforme a quanto previsto dal d.lgs. 17 marzo 1995 n. 174, dal provvedimento ISVAP n.147 del 30 gennaio 1996, dalla circolare ISVAP n. 71 del 26.3.1987 e da eventuali successive disposizioni.

f) Peso percentuale degli investimenti in strumenti finanziari o altri attivi emessi o gestiti da soggetti del medesimo gruppo di appartenenza della Compagnia: non previsti.

g) Stile gestionale adottato: gli attivi sono allocati e gestiti in modo coerente con le finalità della gestione e con un adeguato livello di diversificazione.

Soggetti ai quali è attualmente delegata la gestione degli attivi: Banca Aletti & C. S.p.A..

Società di revisione che certifica la gestione interna separata: Reconta Ernst & Young S.p.A..

La gestione "GESTIONE FUTURO" è disciplinata da apposito Regolamento che forma parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

SEZIONE D – INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

7. Costi

7.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

7.1.1 Costi gravanti sul premio

I costi di acquisizione, emissione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo relativo alla prima annualità.

I costi gravanti sul premio annuo relativo alla prima annualità sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella C

Premio	Costi di acquisizione, emissione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 50,00 Euro (in caso di frazionamento del premio verranno quindi proporzionalmente distribuiti su ciascuna rata) più 15,0% del premio annuo (al netto della cifra fissa), di cui 25,00 Euro a titolo di costi per l'emissione del contratto

I costi di acquisizione, gestione ed incasso relativi ai premi annui successivi al primo vengono trattenuti dalla Compagnia che li detrae dall'importo del premio versato.

I costi di acquisizione, gestione ed incasso relativi ai premi annui successivi sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella D

Premio	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 50,00 Euro (in caso di frazionamento del premio verranno quindi proporzionalmente distribuiti su ciascuna rata) più 15,0% del premio annuo (al netto della cifra fissa)

Qualora il Contraente corrisponda il premio annuo in rate sub-annuali, la Compagnia applicherà i costi di frazionamento rappresentati nella seguente tabella.

Tabella E

Rateazione del premio annuo	Costi di frazionamento
Annuale	Non previsti
Semestrale	1,5% del premio annuo
Trimestrale	2,5% del premio annuo
Mensile	3,0% del premio annuo

7.2 Costi applicati mediante prelievo sul rendimento della gestione

La Compagnia trattiene una percentuale del tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione interna separata "GESTIONE FUTURO", tale percentuale è rappresentata nella seguente tabella.

Percentuale del tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione "GESTIONE FUTURO" trattenuta dalla Compagnia	20%
--	-----

La Compagnia preleva dei costi direttamente dai proventi della Gestione "GESTIONE FUTURO" per bolli e per la revisione annuale da parte della Società di revisione; a titolo esemplificativo, per l'esercizio relativo alla certificazione del 31 ottobre 2005, tali costi sono pari allo 0,0071% del valore medio della Gestione "GESTIONE FUTURO" (così come determinato al punto 3 del Regolamento della Gestione).

8. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi relativi al rischio di non-autosufficienza sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Detraibilità fiscale dei premi

Le assicurazioni per il rischio di non-autosufficienza danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente alle condizioni e nei limiti del plafond di detraibilità fissati dalla legge (attualmente, una percentuale di detraibilità del 19% per un massimo di versamento annuo di 1.291,14 Euro).

Inoltre è previsto che, qualora l'importo annuo della rendita risulti inferiore al 50% dell'assegno sociale di cui all'art. 3 della L. 8 agosto 1995, n. 335, commi 6 e 7, l'Assicurato possa richiedere la liquidazione dell'intero importo maturato sotto forma di capitale.

Il capitale erogato immediatamente di cui al punto 3. sarà pari ad un importo non superiore al 30% del valore attuale della rendita stessa.

Tassazione delle somme assicurate

Le somme corrisposte per il caso di non-autosufficienza sono esenti dall'IRPEF.

SEZIONE E – ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto è concluso e produce i propri effetti dalle ore zero della data di decorrenza indicata nella proposta, sempre che sia stato pagato il premio e che la Compagnia non comunichi per iscritto, prima di detta data, il proprio rifiuto a contrarre.

Nel termine di 30 (trenta) giorni dalla data di sottoscrizione della proposta, la Compagnia farà pervenire al Contraente una comunicazione scritta di conferma dell'avvenuta stipulazione e della regolare emissione della polizza. Nel caso di mancato ricevimento della comunicazione nel termine anzidetto, il Contraente potrà richiedere informazioni a: BPV VITA S.p.A. – Bancassicurazione – Servizio Assistenza Canali – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia, Telefono 800464800, Fax 0458372316.

Qualora, prima della conclusione del contratto, si verifichi il decesso del Contraente ovvero dell'Assicurato, la Compagnia rimborserà, nel primo caso agli eredi del Contraente e, nel secondo caso, al Contraente medesimo, il premio da questi corrisposto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di decesso.

10. Revoca della proposta

Nel periodo antecedente la decorrenza degli effetti del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, inviando

comunicazione scritta alla sede della Compagnia, mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Unità Previdenza – Ufficio Gestione Portafoglio – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona – Italia.

La revoca della proposta pervenuta alla Compagnia successivamente alla decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valida la revoca della proposta fatta pervenire tramite lo sportello bancario presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente entro i termini sopraindicati.

La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.

11. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza degli effetti dello stesso.

Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Unità Previdenza – Ufficio Gestione Portafoglio – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite lo sportello bancario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto.

La Compagnia tratterà i costi sostenuti per l'emissione del contratto di cui al punto 8.1.1, pari a 25,00 Euro.

12. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione dei rimborsi e delle prestazioni

L'onere della denuncia dell'insorgenza dello stato di non-autosufficienza grava sull'Assicurato o su ogni altra persona in sua vece. La denuncia, nel termine di 90 giorni da quando ne siano venuti a conoscenza, deve essere resa mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Unità Previdenza – Ufficio Gestione Portafoglio – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona – Italia. È ammessa, sempre nei termini e modi sopraindicati, la denuncia fatta pervenire tramite lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto. La denuncia – come previsto all'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazione – va accompagnata dai documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato, ed in particolare dal certificato del medico curante, o del medico ospedaliero, che espone lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, la data della sua sopravvenienza e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

L'Assicurato si impegna a sottoporsi agli accertamenti medici ed a fornire tutta la documentazione sanitaria a sua disposizione per consentire alla Compagnia la verifica dello stato di non-autosufficienza.

La Compagnia si riserva inoltre il pieno e incondizionato diritto di fare qualsiasi accertamento riguardante lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato.

12.1 Diagnosi e liquidazione della prestazione

Entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione, la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non-autosufficienza, sempreché siano stati ottemperati gli obblighi di denuncia di cui all'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazione.

Una volta completate le verifiche e riconosciuto il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il termine di franchigia pari a 90 giorni a decorrere dalla data di insorgenza della non-autosufficienza rilevata nella certificazione medica allegata alla denuncia, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile in via anticipata e riconosce (solo in occasione dell'accertamento del primo stato di non-autosufficienza) immediatamente un capitale fisso di importo pari a 12 volte la rendita mensile iniziale assicurata.

Il Contraente potrà sospendere il versamento dei premi solo dopo aver ricevuto idonea

comunicazione da parte della Compagnia, che rimborserà i premi eventualmente già corrisposti ma non dovuti.

12.2 Rivedibilità dello stato di non-autosufficienza

La Compagnia si riserva la facoltà di procedere annualmente ad un controllo presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un medico di sua scelta, per la verifica dell'effettivo protrarsi dello stato di non-autosufficienza.

Potrà inoltre richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di salute.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o di fornire i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata può essere sospeso fino all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato.

Il pagamento della rendita assicurata, nonché la sospensione dall'onere di pagamento dei premi, vengono del pari interrotti qualora si riscontri il venir meno dello stato di non-autosufficienza riconosciuto ai fini del diritto alla prestazione: in questo caso il Contraente è tenuto al pagamento del premio di polizza a partire da quello immediatamente successivo al ricevimento della relativa comunicazione da parte della Compagnia, anche se frazionato in rate sub-annuali. Il premio dovuto è quello che sarebbe stato pagato qualora non fosse intervenuto alcuno stato di non-autosufficienza.

Nel caso si verifichi nuovamente uno stato di non-autosufficienza, la Compagnia riprenderà il pagamento della prestazione assicurata, secondo le regole indicate al punto 3.1.1.

Nel caso in cui durante l'erogazione della rendita lo stato di non-autosufficienza permanga, ma migliori o peggiori rispetto allo stato precedentemente accertato, la prestazione verrà adeguata come definito al punto 3.1.1.

13. Prescrizione

I diritti derivanti dal presente contratto, ai sensi dell'art. 2952 cod. civ., sono soggetti ad un termine di prescrizione di un anno che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere.

14. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

15. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto ed ogni documento al medesimo allegato vengono redatti in lingua italiana.

16. Reclami

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

BPV VITA S.p.A.
Servizio Clienti
Gruppo Cattolica Assicurazioni
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Telefono 045/8391622
Fax 045/8391131

E-mail: servizio.clienti@cattolicaassicurazioni.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, telefono 06-421331, telefax 06-42133206, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

17. Ulteriore informativa disponibile

In fase precontrattuale la Compagnia si impegna a consegnare, su richiesta del Contraente, l'ultimo rendiconto annuale della gestione interna separata e l'ultimo prospetto riportante la composizione della gestione stessa.

Tali informazioni sono altresì disponibili sul sito Internet della Compagnia.

18. Informativa in corso di contratto

La Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel presente Fascicolo Informativo, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

La Compagnia provvederà ad inviare, entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare ovvero entro sessanta giorni dalla data prevista per la rivalutazione delle prestazioni assicurate, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa contenente le seguenti informazioni minimali:

- a) cumulo dei premi versati dalla conclusione del contratto alla data di riferimento dell'estratto conto precedente e valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto precedente;
- b) dettaglio dei premi versati nell'anno di riferimento, con evidenza di eventuali premi in

arretrato ed un'avvertenza sugli effetti derivanti dal mancato pagamento;

- c) valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto;
- d) tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione, aliquota di retrocessione del rendimento riconosciuta, tasso annuo di rendimento retrocesso con evidenza di eventuali rendimenti minimi trattenuti dalla Compagnia, tasso annuo di rivalutazione delle prestazioni.

19. Norme a favore del Contraente

Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 cod. civ. le somme dovute dalla Compagnia al Beneficiario non sono pignorabili né sequestrabili.

20. Comunicazioni del Contraente alla Compagnia

In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..

BPV VITA S.p.A. è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale
Andrea Battista



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ASSICURAZIONE DI RENDITA VITALIZIA RIVALUTABILE PER LA COPERTURA DEL RISCHIO DI NON-AUTOSUFFICIENZA A PREMIO ANNUO RIVALUTABILE (LONG TERM CARE)

Art. 1 – Oggetto.

La presente garanzia (Long Term Care) prevede, nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non-autosufficienza nel corso del rapporto contrattuale e come indicato all'Art. 12, la corresponsione allo stesso di:

- una rendita vitalizia mensile anticipata rivalutabile;
- un capitale fisso erogato immediatamente di importo pari a 12 volte la rendita vitalizia iniziale mensile assicurata; tale capitale viene erogato solo in occasione del primo accertamento dello stato di non-autosufficienza.

A fronte della prestazione garantita il Contraente si impegna a versare, secondo le modalità indicate all'Art. 7 e finché l'Assicurato sarà in vita, un premio annuo rivalutabile.

Art. 2 – Modalità di perfezionamento del contratto.

Il contratto è concluso e produce i propri effetti dalle ore zero della data di decorrenza indicata nella proposta, sempre che sia stato pagato il premio e che la Compagnia non comunichi per iscritto, prima di detta data, il proprio rifiuto a contrarre.

Nel termine di 30 (trenta) giorni dalla data di sottoscrizione della proposta, la Compagnia farà pervenire al Contraente una comunicazione scritta di conferma dell'avvenuta stipulazione e della regolare emissione della polizza. Nel caso di mancato ricevimento della comunicazione nel termine anzidetto, il Contraente potrà richiedere informazioni a: BPV VITA S.p.A. – Bancassicurazione – Servizio Assistenza Canali – Via Carlo Ederle, 45 – 37126 Verona – Italia, Telefono 800464800, Fax 0458372316.

Qualora, prima della conclusione del contratto, si verifici il decesso del Contraente ovvero dell'Assicurato, la Compagnia rimborserà, nel primo caso agli eredi del Contraente e, nel secondo caso, al Contraente medesimo, il premio da questi corrisposto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di decesso.

Art. 3 – Revoca della proposta.

Nel periodo antecedente la decorrenza degli effetti del contratto, il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, inviando

comunicazione scritta alla sede della Compagnia, mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Unità Previdenza – Ufficio Gestione Portafoglio – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona – Italia.

La revoca della proposta pervenuta alla Compagnia successivamente alla decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dal Contraente entro il periodo consentito sopra indicato, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valida la revoca della proposta fatta pervenire tramite lo sportello bancario presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente entro i termini sopraindicati.

La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente il premio corrisposto.

Art. 4 – Diritto di recesso del Contraente.

Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza degli effetti dello stesso.

Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Unità Previdenza – Ufficio Gestione Portafoglio – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite lo sportello bancario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto.

La Compagnia tratterrà i costi sostenuti per l'emissione del contratto di cui all'Art. 9.a)l), pari a 25,00 Euro.

Art. 5 – Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.

Il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a loro note rilevanti per la determinazione del rischio.

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

A) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso il premio convenuto per il primo anno.

B) HA DIRITTO, QUANDO IL CONTRAENTE NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

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

In ogni caso, l'inesatta indicazione della data di nascita e del sesso dell'Assicurato comporta la rettifica, in base alla data di nascita ed al sesso effettivi, delle somme dovute.

Art. 6 – Rischio morte.

Non rileva ai fini della garanzia l'eventuale cambiamento di professione dell'Assicurato.

A) ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di non-autosufficienza dovuta a:

- dolo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi dello Stato italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta dell'Assicurato,

alle condizioni stabilite dal competente Ministero;

- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra civile, tumulti e sommosse;
- alcolismo o dipendenza da droghe, a meno che le droghe consumate non siano prescritte da un medico abilitato alla professione;
- volontario rifiuto dell'Assicurato o negligenza, imprudenza ed imperizia nell'osservare prescrizioni mediche;
- contaminazione radioattiva o nucleare;
- tentato suicidio, lesioni o malattie provocate intenzionalmente;
- 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;
- esercizio delle seguenti attività sportive: automobilismo, motociclismo, motonautica, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, speleologia senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, kayak, rafting, immersione con autorespiratore, sport aerei (paracadutismo, deltaplano, parapendio, volo a vela);
- affezioni o incidenti verificatisi in data precedente la data di conclusione del contratto;
- disturbi mentali o del sistema nervoso non riconducibili a causa organica identificabile (sono quindi esclusi, ad esempio, stati di confusione acuta o disturbi emotivi, disturbi d'ansia, disturbi da stress o disturbi dell'umore come la depressione).

Indipendentemente da qualsiasi causa/e concorrente sono esclusi dalla garanzia i casi di non-autosufficienza che derivino direttamente o indirettamente da un qualsiasi atto di terrorismo che includa l'uso, il rilascio o la minaccia di uso o rilascio di qualsiasi arma o strumento nucleare e/o agenti chimici e/o biologici. Per la finalità di questa esclusione un atto di terrorismo è definito come un atto che include, ma non è limitato all'uso di forza o violenza e/o alla minaccia dell'uso di forza o violenza, da parte di qualsiasi persona e/o gruppo/i di

persone, sia nel caso in cui agiscano singolarmente o in connessione con ogni organizzazione/i o governo/i, commesso per fini politici, religiosi, ideologici o etnici o altri fini che includono l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o di seminare il panico nella pubblica opinione od in una qualsiasi parte di essa.

Nel caso la non-autosufficienza sia dovuta ad una di tali cause, la Compagnia corrisponde esclusivamente una somma pari al 50% dei premi versati, rivalutati sino alla data dell'accertamento dello stato medesimo secondo le modalità indicate all'Art. 14.

A seguito di tale pagamento da parte della Compagnia la garanzia si intende risolta.

B) CONDIZIONI DI CARENZA

La garanzia assicurativa è operante alle seguenti condizioni di carenza:

1. per gli stati di non-autosufficienza causati da infortunio: a partire dalla data di conclusione del contratto per entrambe le prestazioni di rendita e di capitale;
2. per gli stati di non-autosufficienza causati da ogni altra causa:
 - dopo che sia decorso 1 anno dalla data di conclusione del contratto per la rendita vitalizia mensile;
 - dopo che siano decorsi 2 anni dalla data di conclusione del contratto per il capitale fisso erogato immediatamente;
3. per gli stati di non-autosufficienza (per entrambe le prestazioni di rendita e di capitale) dovuti alle malattie di Parkinson e di Alzheimer e per la perdita delle capacità mentali: dopo che siano decorsi 3 anni dalla data di conclusione del contratto.

Nel caso si manifesti uno stato di non-autosufficienza nei termini di carenza citati viene restituito il 50% dei premi già versati, rivalutati sino alla data dell'accertamento dello stato medesimo, secondo le modalità indicate all'Art. 14.

A seguito di tale pagamento da parte della Compagnia la garanzia si intende risolta.

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

Nel caso in cui lo stato di non-autosufficienza intervenga entro i primi 7 anni dalla conclusione del contratto e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la prestazione

assicurata non verrà corrisposta; verrà invece liquidato un capitale pari alla somma del 50% dei premi versati, rivalutati secondo le modalità indicate all'Art. 14.

A seguito di tale pagamento da parte della Compagnia la garanzia si intende risolta.

Periodo di franchigia. La prestazione assicurata verrà corrisposta se perdura lo stato di non-autosufficienza **dopo che sia trascorso il periodo di franchigia di 90 giorni**. Tale termine decorre dalla data di accertamento dello stato di non-autosufficienza.

Con riferimento all'erogazione del capitale fisso iniziale, questo viene pagato **trascorsi 90 giorni dalla data di accertamento del diritto della prestazione, se l'Assicurato è in vita a tale data**.

Art. 7 – Modalità di versamento del premio.

Il Contraente è tenuto alla corresponsione, finché l'Assicurato sarà in vita, di un premio annuo rivalutabile.

Il premio annuo iniziale viene determinato nel suo ammontare in funzione del livello della prestazione di rendita prescelto, del sesso e dell'età dell'Assicurato.

Nel momento in cui si verifica lo stato di non-autosufficienza e una volta riconosciuto il diritto alla prestazione da parte della Compagnia, il pagamento del premio viene sospeso.

L'importo del premio determinato comprende i costi di acquisizione, emissione, gestione ed incasso di cui all'Art. 9.a)l).

Il pagamento del premio viene effettuato presso lo sportello bancario tramite addebito sul conto corrente intestato al Contraente ed acceso presso la Società Collocatrice per la prima rata di premio e tramite addebito automatico per le rate di premio successive.

Ai fini della prosecuzione del rapporto assicurativo, nel caso di estinzione del conto corrente presso la Società Collocatrice, il Contraente dovrà darne tempestiva comunicazione alla Compagnia che provvederà a fornire al Contraente stesso le modalità alternative disponibili per l'incasso delle rate di premio rimanenti.

Ad ogni ricorrenza annuale di contratto il premio viene rivalutato secondo le modalità indicate all'Art. 14.

Il premio annuo potrà essere corrisposto anche in rate semestrali, trimestrali o mensili, applicando degli interessi per il frazionamento (costi di frazionamento) dello stesso come indicato all'Art. 9.a)l).

Mancato pagamento del premio: risoluzione e riduzione

È facoltà del Contraente sospendere il pagamento dei premi – mediante comunicazione scritta da presentare alla Compagnia o presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza.

Nel caso in cui il Contraente non completi la prima annualità intera di premio, la prestazione assicurata di cui all'Art. 12 è sospesa a decorrere dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza della rata insoluta. **Trascorsi 60 giorni dalla scadenza della prima rata non pagata senza che sia stato interamente corrisposto il versamento relativo alla prima annualità di premio, la garanzia si estingue ed i premi già pagati restano acquisiti alla Compagnia.**

Qualora il pagamento del premio venga interrotto dopo che sia stata corrisposta la prima annualità, la garanzia resta in vigore per una prestazione ridotta, che prevede la corresponsione di:

- una rendita ridotta determinata moltiplicando una quota pari al 75% della rendita assicurata, quale risulta alla data di interruzione del pagamento dei premi, per un coefficiente pari al rapporto tra il numero di premi annui pagati, comprese eventuali frazioni sub-annuali, e la differenza tra 100 e l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto;
- un capitale fisso erogato immediatamente di importo pari a 12 volte la rendita ridotta indicata al punto precedente.

Ad ogni ricorrenza annuale di contratto la rendita ridotta viene rivalutata secondo le modalità indicate all'Art. 14 a).

Ripresa del pagamento dei premi (riattivazione)

La garanzia ridotta può essere riattivata entro 1 anno dalla scadenza del premio non corrisposto mediante richiesta scritta da presentare alla Compagnia o presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto almeno 45 giorni prima della data di scadenza della rata da cui si intende riprendere i pagamenti. Qualora siano trascorsi 6 mesi dalla rata di premio non pagata, la Compagnia si riserva la facoltà di chiedere nuovi accertamenti sanitari.

La riattivazione viene concessa dietro pagamento delle rate di premio arretrate aumentate degli interessi conteggiati tra la scadenza di ciascuna rata e la data di riattivazione. Gli interessi sono calcolati nella misura pari al tasso di rivalutazione annuo, di cui all'Art. 14 a), maggiorato del 2,5%, e

comunque con il minimo del tasso di interesse legale.

Variazione del premio

A seguito di decisioni legislative o regolamentari aventi come conseguenza la modifica degli impegni della Compagnia, o nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio applicato alla presente polizza evidenzino un significativo scostamento rispetto all'andamento futuro previsto, la Compagnia si riserva il diritto di modificare il premio alla ricorrenza annuale di polizza. Il premio verrà modificato in funzione dell'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto.

La modifica verrà applicata all'intera categoria di contratti emessi alle medesime condizioni.

La Compagnia si impegna ad apportare modifiche di tariffa entro il limite massimo del 25% e ad intervalli non inferiori a 5 anni dalla data di decorrenza del contratto.

Il nuovo premio non potrà comunque essere superiore a quello applicabile ai nuovi contratti per un'identica copertura assicurativa.

Il Contraente potrà comunque richiedere alla Compagnia le basi statistiche con le quali è stato calcolato il nuovo premio.

La Compagnia comunica il nuovo importo del premio che intende applicare almeno 90 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza.

Il Contraente che non intenda accettare tale incremento, deve rendere nota tale volontà alla Compagnia, o presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta di un importo pari alla differenza tra la rendita inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

Se il Contraente corrisponde il nuovo premio, si intende che tale comportamento vale come accettazione delle nuove condizioni proposte dalla Compagnia.

Art. 8 – Cessazione degli effetti del contratto.

In caso di decesso dell'Assicurato, il contratto si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia. Nel caso in cui fosse già in corso il pagamento della rendita di non-autosufficienza, se ne interrompe la corresponsione.

Art. 9 – Costi.

a) Costi gravanti direttamente sul Contraente

l) Costi gravanti sul premio

I costi di acquisizione, emissione, gestione ed incasso vengono trattenuti dalla Compagnia, che li detrae dall'importo del premio annuo relativo alla prima annualità.

I costi gravanti sul premio annuo relativo alla prima annualità sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella A

Premio	Costi di acquisizione, emissione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 50,00 Euro (in caso di frazionamento del premio verranno quindi proporzionalmente distribuiti su ciascuna rata) più 15,0% del premio annuo (al netto della cifra fissa), di cui 25,00 Euro a titolo di costi per l'emissione del contratto

I costi di acquisizione, gestione ed incasso relativi ai premi annui successivi al primo vengono trattenuti dalla Compagnia che li detrae dall'importo del premio versato.

I costi di acquisizione, gestione ed incasso relativi ai premi annui successivi sono rappresentati nella tabella che segue.

Tabella B

Premio	Costi di acquisizione, gestione ed incasso
Per qualsiasi importo	Cifra fissa pari a 50,00 Euro (in caso di frazionamento del premio verranno quindi proporzionalmente distribuiti su ciascuna rata) più 15,0% del premio annuo (al netto della cifra fissa)

Qualora il Contraente corrisponda il premio annuo in rate sub-annuali, la Compagnia applicherà i costi di frazionamento rappresentati nella seguente tabella.

Tabella C

Rateazione del premio annuo	Costi di frazionamento
Annuale	Non previsti
Semestrale	1,5% del premio annuo
Trimestrale	2,5% del premio annuo
Mensile	3,0% del premio annuo

b) Costi applicati mediante prelievo sul rendimento della gestione

La Compagnia trattiene una percentuale del tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione interna separata "GESTIONE FUTURO", tale percentuale è rappresentata nella seguente tabella.

Percentuale del tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione "GESTIONE FUTURO" trattenuta dalla Compagnia	20%
--	-----

La Compagnia preleva dei costi direttamente dai proventi della Gestione "GESTIONE FUTURO" per bolli e per la revisione annuale da parte della Società di revisione; a titolo esemplificativo, per l'esercizio relativo alla certificazione del 31 ottobre 2005, tali costi sono pari allo 0,0071% del valore medio della Gestione "GESTIONE FUTURO" (così come determinato al punto 3 del Regolamento della Gestione).

Art. 10 – Requisiti soggettivi – Durata del contratto.

La durata del contratto coincide con la vita dell'Assicurato.

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso di cui all'Art. 4.

L'età dell'Assicurato, al momento in cui viene concluso il contratto di assicurazione, non può essere inferiore a 18 anni, né superiore a 70 anni.

Sono assicurabili le sole persone fisiche che rispondano ai requisiti definiti tramite il Questionario sulla salute dell'Assicurato da compilare e sottoscrivere preliminarmente alla conclusione del contratto. Nel caso in cui l'Assicurato risponda affermativamente ad almeno una delle domande del suddetto Questionario, la copertura assicurativa non potrà essere attivata.

Come previsto all'Art. 12, per il livello di prestazione assicurata "Vip" l'età massima dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto non potrà essere superiore ai 45 anni; in caso di età superiore verrà richiesta non solo la compilazione del Questionario sulla salute, ma sarà necessario effettuare anche la visita medica e le analisi indicate dalla Compagnia. Per il livello "SuperVip" sono sempre necessarie – oltre alla compilazione del Questionario sulla salute – anche la visita medica e le analisi indicate dalla Compagnia.

OMA

Art. 11 – Definizione dello stato di non-autosufficienza.

Si intende per stato di non-autosufficienza dell'Assicurato l'impossibilità fisica totale e presumibilmente permanente di compiere senza l'assistenza di una terza persona almeno 4 delle seguenti *attività ordinarie della vita quotidiana (ADL)*:

1. lavarsi: capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia) o lavarsi in modo soddisfacente in altro modo;
2. vestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
3. alimentarsi: capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri;
4. andare in bagno: capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
5. mobilità: capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano;
6. spostarsi: capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa.

Sono inoltre equiparati alla non-autosufficienza i seguenti casi:

- a) la malattia di Parkinson: la diagnosi della malattia di Parkinson deve essere formulata da uno specialista neurologo (primario o aiuto) di Clinica o Istituto di Neurologia. Potrà essere richiesta la conferma della diagnosi da parte di uno o più specialisti neurologi.

La diagnosi deve specificare che:

- la condizione non si può controllare con la terapia farmacologica;
- la condizione mostra segni di compromissione progressiva;
- la valutazione delle attività della vita quotidiana conferma l'incapacità dell'Assicurato a svolgere 4 o più ADL.

È coperta solo la forma idiopatica della patologia mentre sono escluse tutte le altre forme di Parkinsonismo. Per idiopatica si intende una patologia ad eziologia sconosciuta: quindi non sarà coperta alcuna forma di Parkinsonismo dovuta a cause note, come l'azione di alcuni farmaci (ad esempio neurolettici) o sostanze chimiche tossiche o di origine traumatica.

- b) la malattia di Alzheimer: la diagnosi della malattia di Alzheimer deve essere formulata da uno specialista neurologo o geriatra di un istituto o ospedale specializzato prima del 65°

compleanno dell'Assicurato. La diagnosi deve, al momento della formulazione, essere confermata da evidenza di deterioramento progressivo della memoria e della capacità di ragionamento e di percezione, comprensione, espressione e di mettere in pratica concetti astratti (come definito dai criteri diagnostici DSM4 o NINCS-NADRDA). La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere conferma della diagnosi da parte di uno o più specialisti neurologi o geriatri da essa designati.

- c) la perdita delle capacità mentali: la perdita delle capacità mentali viene definita come perdita della capacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si deve manifestare con l'incapacità di badare a se stessi senza la supervisione continua da parte di un'altra persona e deve derivare da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica.

Nel caso di miglioramento delle condizioni di salute tale per cui diminuisca al di sotto di 4 il numero di ADL che l'Assicurato non è in grado di compiere, la corresponsione della rendita assicurata e la sospensione dall'onere di pagamento dei premi vengono interrotti, come previsto all'Art. 18; viceversa, nel caso di aggravamento delle condizioni di salute, la medesima prestazione continuerà ad essere corrisposta.

Art. 12 – Prestazione assicurata.

Rendita vitalizia

All'insorgere dello stato di non-autosufficienza e trascorso il periodo di franchigia di cui all'Art. 6, verrà erogata una rendita vitalizia mensile anticipata il cui valore iniziale viene prescelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto e viene rivalutato annualmente secondo la clausola di rivalutazione definita all'Art. 14.

Il Contraente può scegliere tra i 5 livelli di rendita mensile iniziale esposti nella seguente tabella:

Tabella D

Livello della prestazione assicurata	Rendita mensile iniziale
Bassa	500,00 Euro
Media	1.000,00 Euro
Alta	1.500,00 Euro
Vip	2.000,00 Euro
SuperVip	2.500,00 Euro

Per il livello di prestazione assicurata "Vip" l'età massima dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto non potrà essere

superiore ai 45 anni; in caso di età superiore verrà richiesta non solo la compilazione del Questionario sulla salute, ma sarà necessario effettuare anche la visita medica e le analisi indicate dalla Compagnia. Per il livello "SuperVip" sono sempre necessarie – oltre alla compilazione del Questionario sulla salute – anche la visita medica e le analisi indicate dalla Compagnia. La rendita viene erogata con periodicità mensile anticipata, ed è rivalutata annualmente come descritto all'Art. 14.

Inoltre è previsto che, qualora – maturato il diritto alla prestazione – l'importo annuo della rendita risulti inferiore al 50% dell'assegno sociale di cui all'art. 3 della L. 8 agosto 1995, n. 335, commi 6 e 7, l'Assicurato possa richiedere la liquidazione dell'intero importo maturato sotto forma di capitale.

Capitale

All'insorgere dello stato di non-autosufficienza il capitale fisso viene erogato immediatamente ed è pari a 12 volte la rendita vitalizia iniziale mensile assicurata; tale capitale viene erogato solo in occasione del primo accertamento dello stato di non-autosufficienza e trascorso il periodo di franchigia di cui all'Art. 6.

Relativamente alla malattia di Alzheimer, sia la prestazione di rendita che di capitale verranno riconosciute solo se la diagnosi della malattia sia stata formulata prima del 65° compleanno dell'Assicurato.

Le prestazioni previste dal contratto sono garantite dalla Compagnia.

Il contratto prevede un rendimento annuo totale garantito del 2,00% realizzato tramite l'adozione di un tasso tecnico nel calcolo della rendita e una garanzia di consolidamento annuale delle prestazioni.

Art. 13 – Gestione interna separata.

La Gestione "GESTIONE FUTURO" presenta le seguenti caratteristiche:

- Valuta di denominazione: Euro.
- Finalità della gestione: redditività e rivalutabilità del patrimonio, mediante una diversificazione globale degli investimenti; conservazione e graduale incremento del capitale attraverso una rivalutazione annuale minima e una garanzia di consolidamento annuale delle prestazioni.
- Periodo di osservazione per la determinazione del rendimento: dodici mesi di calendario consecutivi (l'esercizio relativo alla certificazione decorre dal 1° novembre dell'anno precedente fino al 31 ottobre dell'anno successivo).

d) Composizione della gestione al 31 ottobre dell'anno relativo all'ultima certificazione:

Tabella E

Descrizione categoria	Composizione al 31/10/05	
	Importi in Euro	%
BTP	550.895.537	43,85
CCT	347.934.326	27,70
Altri titoli di Stato emessi in Euro	23.854.590	1,90
Altri titoli di Stato emessi in valuta	10.283.148	0,82
Obbligazioni quotate in Euro	302.220.238	24,06
Azioni quotate in Euro	19.876.393	1,58
Azioni quotate in valuta	1.047.035	0,08
Liquidità	123.200	0,01
Totale degli attivi della gestione separata	1.256.234.467	100,00

e) Peso percentuale degli investimenti in strumenti finanziari o altri attivi emessi o gestiti da soggetti del medesimo gruppo di appartenenza della Compagnia: non previsti.

f) Stile gestionale adottato: gli attivi sono allocati e gestiti in modo coerente con le finalità della gestione e con un adeguato livello di diversificazione.

È prevista la possibilità di affidare le scelte di investimento relative alla Gestione "GESTIONE FUTURO" a Banca Aletti & C. S.p.A., intermediario abilitato a prestare servizi di gestione dei patrimoni, nel quadro di criteri di allocazione degli attivi delineati dalla Compagnia.

In tal caso, è comunque prevista l'esclusiva responsabilità della Compagnia nei confronti degli Assicurati per l'attività di gestione degli attivi stessi.

Art. 14 – Rivalutazione annuale della prestazione assicurata e del premio.

La rendita assicurata indicata in polizza ed il premio annuo versato vengono annualmente rivalutati in base ai rendimenti conseguiti dalla Gestione "GESTIONE FUTURO", nella misura e secondo le modalità di seguito elencate.

A tal fine la Compagnia gestisce, secondo quanto previsto dal Regolamento della gestione "GESTIONE FUTURO" che forma parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione, attività di importo non inferiore alle Riserve Matematiche

relative all'insieme dei contratti appartenenti alla suddetta gestione.

Il rendimento, come determinato al punto 3 del Regolamento, si applica, ai fini del calcolo della rivalutazione, alle polizze con decorrenza nel terzo mese successivo alla determinazione del rendimento.

a) Misura della rivalutazione

La misura annua di rivalutazione si ottiene:

- moltiplicando il tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla Gestione "GESTIONE FUTURO", come stabilito al punto 3 del Regolamento, per un'aliquota di partecipazione pari all'80% del rendimento della Gestione;
- sottraendo il tasso tecnico del 2,00% già riconosciuto nel calcolo del premio;
- dividendo il risultato per un fattore pari a 1,020, ovvero scontando per un anno la differenza tra la rivalutazione da retrocedere ed il tasso tecnico stesso.

Qualora la misura annua di rivalutazione risultasse non positiva sarà posta pari a zero, non assegnando, quindi, per il periodo considerato, alcuna rivalutazione aggiuntiva rispetto alla misura del tasso tecnico precontato.

b) Rivalutazione della rendita assicurata

Ad ogni ricorrenza annuale di polizza, la rendita assicurata verrà rivalutata utilizzando la misura di rivalutazione definita al punto a).

La rendita annua rivalutata sarà ottenuta sommando alla rendita in vigore nel periodo annuale precedente il prodotto della rendita stessa per la misura della rivalutazione di cui al punto a).

Il valore rivalutato della prestazione assicurata verrà comunicato al Contraente ad ogni ricorrenza annuale di polizza.

c) Rivalutazione della rendita assicurata in caso di stabilizzazione del premio

Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio, così come previsto al punto d) del presente articolo, alla ricorrenza annuale di polizza la prestazione rivalutata si ottiene sommando alla rendita in vigore nel periodo annuale precedente i due importi così definiti:

- un importo ottenuto moltiplicando la rendita iniziale riproporzionata, come di seguito definita, per la misura annua di rivalutazione di cui al punto a), e riducendo tale prodotto nel rapporto fra il numero degli anni trascorsi dalla data di decorrenza del contratto, comprese eventuali

frazioni sub-annuali, e la differenza tra 100 e l'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto;

- un ulteriore importo ottenuto moltiplicando la differenza fra la rendita assicurata nel periodo annuale precedente e la rendita iniziale riproporzionata, per la misura di rivalutazione di cui al punto a).

Per rendita iniziale riproporzionata si intende il prodotto della rendita inizialmente assicurata per il rapporto tra l'ammontare del premio annuo dovuto nell'ultimo anno che precede la ricorrenza annuale considerata ed il premio annuo dovuto nel primo anno di assicurazione.

d) Rivalutazione del premio

A fronte della rivalutazione annuale della rendita assicurata, e come indicato all'Art. 7, il premio dovuto viene adeguato nella stessa misura annua di rivalutazione di cui al punto a), e con la stessa modalità di adeguamento della rendita assicurata.

Art. 15 – Stabilizzazione del premio e ripresa della rivalutazione.

Il Contraente, ad ogni ricorrenza annuale di polizza, può richiedere che il premio da quel momento in poi, non venga più adeguato alla misura di rivalutazione.

Tale richiesta deve essere effettuata mediante comunicazione scritta presentata alla Compagnia o presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale. A seguito di tale richiesta, la prestazione assicurata verrà rivalutata come stabilito all'Art. 14 c). Il Contraente, tuttavia, sempre 45 giorni prima di ogni ricorrenza annuale, può richiedere il ripristino delle condizioni di adeguamento del premio alla misura di rivalutazione. A partire dalla ricorrenza successiva, il premio e la prestazione assicurata verranno nuovamente rivalutati secondo le modalità esposte all'Art. 14.

Art. 16 – Conflitto di interessi.

Il presente contratto, cui è collegata la Gestione "GESTIONE FUTURO", è un prodotto di BPV VITA S.p.A.

L'attività di collocamento è svolta da Banco Popolare di Verona e Novara S.c.ar.l.

Banca Aletti & C. S.p.A. – soggetto al quale è attualmente delegata la gestione degli attivi – è una società del Gruppo Banco Popolare di Verona e Novara.

La Compagnia potrà effettuare investimenti in strumenti finanziari emessi da società partecipanti

al capitale sociale della Compagnia stessa o in attivi emessi da società partecipate dalla Compagnia stessa.

Pertanto, l'attività di collocamento e quella di gestione potrebbero comportare il rischio di un CONFLITTO DI INTERESSI derivante dalla situazione sopra descritta.

La Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interessi, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente.

Art. 17 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.

Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario.

Al fine di consentire l'esecuzione dei pagamenti da parte della Compagnia, il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti a comunicare alla Compagnia medesima le coordinate del conto corrente bancario sul quale saranno effettuati i pagamenti dovuti in virtù del presente contratto.

Il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a consegnare alla Compagnia i seguenti documenti:

In caso di revoca della proposta:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

In caso di recesso dal contratto:

- richiesta sottoscritta dal Contraente.

Denuncia di sinistro e accertamento dello stato di non-autosufficienza.

L'Assicurato o altre persone in sua vece, debbono comunicare alla Compagnia il verificarsi dello stato di non-autosufficienza, entro 90 giorni da quando ne siano venuti a conoscenza.

La denuncia va resa mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Unità Previdenza – Ufficio Gestione Portafoglio – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona – Italia.

Tuttavia, sempre nei termini e modi sopraindicati, la denuncia potrà essere fatta pervenire tramite lo sportello bancario presso cui è stato stipulato il contratto.

La denuncia va accompagnata dai documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato, e in particolare dal certificato del medico curante, o del medico ospedaliero, che espone lo stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, la data della sua sopravvenienza e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

In caso di difficoltà di accertamento dello stato di non-autosufficienza, la Compagnia potrà richiedere, se ritenuti necessari ai fini della valutazione dello stato di non-autosufficienza, ulteriori accertamenti e tutta la documentazione sanitaria a disposizione dell'Assicurato.

Il Contraente e/o i Beneficiari sono tenuti altresì a fornire alla Compagnia ogni altra documentazione fosse necessaria per la liquidazione della prestazione o per l'identificazione dei Beneficiari.

In caso di smarrimento dell'originale di polizza è richiesta la consegna di un'autocertificazione che ne attesti lo smarrimento.

Qualora il Contraente e/o i Beneficiari non forniscano la documentazione indicata, la Compagnia non sarà tenuta alla corresponsione di alcuna somma.

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non-autosufficienza entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa indicata nel presente articolo, inviata dal Contraente e/o dai Beneficiari mediante fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Unità Previdenza – Ufficio Gestione Portafoglio – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona – Italia o tramite sportello bancario.

Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non-autosufficienza e quindi il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il periodo di franchigia di cui all'Art. 6, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile in via anticipata e riconosce immediatamente un capitale fisso di importo pari a 12 volte la rendita mensile iniziale assicurata.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari.

Con riferimento alla sospensione del versamento dei premi successivi alla data di accertamento, così come previsto dall'Art. 7, il Contraente deve attendere il riconoscimento del diritto alla prestazione da parte della Compagnia, che provvede al rimborso dei premi eventualmente già corrisposti.

Art. 18 – Rivedibilità dello stato di non-autosufficienza.

La Compagnia si riserva la facoltà di procedere annualmente ad un controllo presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un medico di sua scelta, per la verifica dell'effettivo protrarsi dello stato di non-autosufficienza. Potrà inoltre richiedere

la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di salute.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o di comunicare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata può essere sospeso fino all'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato.

Il pagamento della rendita assicurata, nonché la sospensione dall'onere di pagamento dei premi, vengono del pari interrotti qualora si riscontri il venir meno dello stato di non-autosufficienza riconosciuto ai fini del diritto alla prestazione: in questo caso il Contraente è tenuto al pagamento del premio di polizza a partire da quello immediatamente successivo al ricevimento della relativa comunicazione da parte della Compagnia, anche se frazionato in rate sub-annuali. Il premio dovuto è quello che sarebbe stato pagato qualora non fosse intervenuto alcuno stato di non-autosufficienza.

Nel caso si verifichi nuovamente uno stato di non-autosufficienza, la Compagnia riprenderà il pagamento della rendita assicurata, secondo le regole indicate agli Artt. 6 e 11.

Nel caso in cui durante l'erogazione della rendita lo stato di non-autosufficienza permanga, ma migliori o peggiori rispetto allo stato precedentemente accertato, la prestazione verrà adeguata come definito all'Art. 11.

Art. 19 – Collegio medico arbitrale.

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di non-autosufficienza o sulla durata dello stato di non-autosufficienza, possono essere demandate, per iscritto, ad un Collegio di tre medici esperti in gerontologia, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza del Contraente.

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

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

Viene fatto salvo il diritto delle parti di adire le vie giudiziali ordinarie.

Art. 20 – Beneficiari delle prestazioni.

Il Beneficiario della prestazione di rendita e di capitale è l'Assicurato stesso.

Art. 21 – Imposte e tasse.

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari.

Art. 22 – Foro competente.

Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui il Contraente (o l'Assicurato, o il Beneficiario) ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 23 – Informativa in corso di contratto.

La Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel presente Fascicolo Informativo, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

La Compagnia provvederà ad inviare, entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare ovvero entro sessanta giorni dalla data prevista per la rivalutazione delle prestazioni assicurate, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa contenente le seguenti informazioni minimali:

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

Art. 24 – Comunicazioni del Contraente alla Compagnia.

In caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, dovrà essere resa comunicazione alla Compagnia ai sensi dell'art. 1926 cod. civ..

Art. 25 – Prescrizione.

Ai sensi dell'art. 2952 cod. civ., i diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di

prescrizione di un anno che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere.

Art. 26 – Legge applicabile al contratto.
Al contratto si applica la legge italiana.

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SPECIALE “GESTIONE FUTURO”

1 – Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della BPV VITA S.p.A., che viene contraddistinta con il nome “GESTIONE FUTURO”. Il valore delle attività gestite non sarà inferiore all’importo delle riserve matematiche costituite per le assicurazioni che prevedono una clausola di rivalutazione legata al rendimento della Gestione “GESTIONE FUTURO”.

La Gestione “GESTIONE FUTURO” è conforme alle norme stabilite dall’Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni private e di Interesse Collettivo ed introdotte con la circolare n. 71 del 26.3.1987, ed eventuali successive disposizioni.

2 – La Gestione “GESTIONE FUTURO” è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di revisione iscritta all’albo di cui al D.P.R. 31.3.75 N. 136, la quale attesta la rispondenza della Gestione “GESTIONE FUTURO” al presente Regolamento.

In particolare sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite alla Gestione “GESTIONE FUTURO”, il rendimento annuo della stessa quale descritto al seguente punto 3, e l’adeguatezza dell’ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Compagnia sulla base delle riserve matematiche.

3 – Il rendimento annuo della Gestione “GESTIONE FUTURO” viene calcolato al termine di ciascun mese dell’esercizio relativo alla certificazione, con riferimento ai dodici mesi di calendario trascorsi, e si ottiene rapportando il risultato finanziario della Gestione “GESTIONE FUTURO” di competenza di questo periodo al valore medio della Gestione “GESTIONE FUTURO” nello stesso periodo.

Per risultato finanziario della Gestione “GESTIONE FUTURO” si devono intendere i proventi finanziari di competenza dell’esercizio – compresi gli utili e le perdite di realizzo per la quota di competenza della Gestione “GESTIONE FUTURO” – al lordo delle ritenute di acconto fiscali ed al netto delle spese effettive per l’acquisto e la vendita dei beni e per le attività di certificazione.

Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinate con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nella Gestione “GESTIONE FUTURO” e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all’atto dell’iscrizione nella Gestione “GESTIONE FUTURO” per i beni già di proprietà della Compagnia.

Per valore medio della Gestione “GESTIONE FUTURO” si intende la somma della giacenza media annua dei depositi in numerario presso gli istituti di credito, della consistenza media annua degli investimenti in titoli e della consistenza media annua di ogni altra attività della Gestione “GESTIONE FUTURO”.

La consistenza media annua dei titoli e delle altre attività viene determinata in base al valore di iscrizione nella Gestione “GESTIONE FUTURO” ai fini della determinazione del rendimento annuo della Gestione “GESTIONE FUTURO”.

L’esercizio relativo alla certificazione decorre dal 1° novembre dell’anno precedente fino al 31 ottobre dell’anno successivo.

4 – Le regole che sovrintendono al calcolo del rendimento annuo della Gestione indicate al punto 3) del presente Regolamento, sono determinate sulla base dell’attuale normativa fiscale.

GLOSSARIO

DEFINIZIONI GENERALI

Adeguamento automatico	Sviluppo del piano dei versamenti previsto in base al quale l'importo dei premi periodici o unici ricorrenti versati dal Contraente varia secondo un meccanismo prefissato nelle condizioni contrattuali.
Anno assicurativo	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.
Appendice	Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia ed il Contraente.
Assicurato	Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
Beneficiario	Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.
Carenza	Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.
Caricamenti	Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Compagnia.
Compagnia	BPV VITA S.p.A., impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 1762 del 21 dicembre 2000 e pubblicazione G.U. Serie Generale n. 1 del 2 gennaio 2001. Sede Legale, Sede Sociale e Direzione Generale in Italia – Piazza Nogara, 2 – 37121 Verona e Sede Operativa in Italia – Via Pirandello, 37 – 37138 Verona.
Conclusione del contratto	Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il contratto sottoscritto dalla Compagnia.
Condizioni di Assicurazione (o di polizza)	Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.
Conflitto di interessi	Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello del Contraente.
Contraente	Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.
Costi (o spese)	Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.



Costi accessori (o costi fissi, o diritti fissi, o costi di emissione, o spese di emissione)

Oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

Decorrenza della garanzia

Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Detraibilità fiscale (del premio versato)

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

Dichiarazioni precontrattuali

Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

Diritti (o interessi) di frazionamento

In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.

Diritto proprio (del Beneficiario)

Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi

Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal contratto stesso.

Esclusioni

Rischi esclusivi limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Estensione territoriale

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

Età (assicurativa)

L'età dell'Assicurato espressa in anni interi arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.

Fascicolo informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:
– Nota Informativa;

- Condizioni di Assicurazione, comprensive del regolamento della gestione separata;
- Glossario;
- Modulo di proposta.

Impignorabilità e inalienabilità

Principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Imposta sostitutiva

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

Intermediario

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

ISVAP

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

Liquidazione

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Nota informativa

Documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la Compagnia deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Perfezionamento del contratto

Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.

Periodo di copertura (o di efficacia)

Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di un anno.

Principio di adeguatezza

Principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.

Proposta

Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario Sanitario (o anamnestico)	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Quietanza	Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Compagnia in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla società (RID bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.
Recesso (o ripensamento)	Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.
Reddito lordo complessivo	Somma di tutti i redditi posseduti e dichiarati dal Contraente (per esempio redditi da lavoro autonomo o subordinato, da capitali, da fabbricati, da rendita agraria ecc.).
Revoca	Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.
Riattivazione	Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di polizza, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.
Ricorrenza annuale	L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.
Riduzione	Diminuzione della prestazione inizialmente assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere il pagamento dei premi periodici, determinata tenendo conto dei premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti.
Rischio demografico	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurata.
Riserva matematica	Importo che deve essere accantonato dalla Compagnia per fare fronte agli impegni nei confronti degli Assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.
Scadenza	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società collocatrice	Banco Popolare di Verona e Novara Scarl – Piazza Nogara, 2 – 37121 Verona – Italia.



Società (di assicurazione)	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
Sostituto d'imposta	Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.
Tassazione ordinaria	Determinazione dell'imposta che si attua applicando le aliquote stabilite dalla normativa fiscale sul reddito complessivo del contribuente.
Tassazione separata	Metodo di calcolo dell'imposta da applicare a redditi a formazione pluriennale, previsto dal legislatore per evitare i maggiori oneri per il contribuente che deriverebbero dall'applicazione delle aliquote progressive dell'imposta sui redditi.
Trasformazione	Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Compagnia, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.
Valuta di denominazione	Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

POLIZZA – DEFINIZIONI

Contratto (di assicurazione sulla vita)	Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.
Polizza	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.
Polizza di puro rischio	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

PREMIO – DEFINIZIONI

Premio annuo	Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.
Premio complessivo (o lordo)	Importo complessivo, eventualmente rateizzabile, da versare alla Compagnia quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

COMA

Premio di riferimento	Importo del premio che viene preso a riferimento per calcolare determinate prestazioni o altri valori rilevanti per le condizioni contrattuali.
Premio di tariffa	Somma del premio puro e dei caricamenti.
Premio periodico	Premio versato all'inizio di ciascun periodo secondo quanto previsto dal contratto. Può essere stabilito in misura costante, e quindi rimanere invariato per tutta la durata del contratto, oppure in misura variabile, per cui la sua entità può cambiare di periodo in periodo secondo l'andamento di indici predeterminati.
Premio puro	Importo che rappresenta il corrispettivo base per la garanzia assicurativa prestata dalla Compagnia con il contratto di assicurazione. È la componente del premio di tariffa calcolata sulla base di determinati dati, quali ipotesi demografiche sulla probabilità di morte o di sopravvivenza dell'Assicurato, o ipotesi finanziarie come il rendimento che si può garantire in base all'andamento dei mercati finanziari.
Premio rateizzato o frazionato	Parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Compagnia può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti diritti o interessi di frazionamento.
Sovrappremio	Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).
Tasso di premio	Importo indicativo di premio per unità (o migliaia di unità) di prestazione.

PRESTAZIONI E GARANZIE – DEFINIZIONI

Prestazione assicurata	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Prestazione minima garantita	Valore minimo della prestazione assicurata sotto il quale la stessa non può scendere.

ALTRE PRESTAZIONI E GARANZIE

Capitale in caso di perdita dell'autosufficienza	Indennità liquidabile sotto forma di capitale in caso di perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana.
---	---



Garanzia della perdita dell'autosufficienza (long term care)

Copertura assicurativa (denominata anche long term care) che prevede, in caso di perdita dell'autosufficienza, la corresponsione di una rendita vitalizia per far fronte totalmente o parzialmente al complesso di prestazioni, erogate da strutture pubbliche e private, domiciliari o in residenze per anziani, necessarie a garantire assistenza. La perdita dell'autosufficienza viene misurata come perdita di autonomia nelle attività elementari della vita quotidiana quali lavarsi, vestirsi e spogliarsi, alimentarsi.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Malattia

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Massimale

Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro e per ciascun anno assicurativo, la Compagnia presta le garanzie.

Rendita vitalizia in caso di perdita dell'autosufficienza

In caso di perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, pagamento di una rendita da corrispondere dal momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza finché l'Assicurato è non autosufficiente e in vita.

POLIZZE CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI – DEFINIZIONI

Aliquota di retrocessione (o di partecipazione)

La percentuale del rendimento conseguito dalla gestione separata degli investimenti che la Compagnia riconosce agli Assicurati.

Composizione della gestione separata

Informazione sulle principali tipologie di strumenti finanziari o altri attivi in cui è investito il patrimonio della gestione separata.

Consolidamento

Meccanismo in base al quale il rendimento attribuito secondo la periodicità stabilita dal contratto (annualmente, mensilmente, ecc.), e quindi la rivalutazione delle prestazioni assicurate, sono definitivamente acquisiti dal contratto e conseguentemente le prestazioni stesse possono solo aumentare e mai diminuire.

Dati storici

Risultato ottenuto in termini di rendimento finanziario realizzato dalla gestione separata negli ultimi anni.

Estratto conto annuale

Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali il valore della prestazione maturata, i premi versati e quelli in arretrato e il valore di riscatto maturato. Per i contratti con prestazioni collegate a gestioni separate, il riepilogo comprende inoltre il tasso di rendimento finanziario realizzato dalla gestione separata, l'aliquota di retrocessione riconosciuta e il tasso di rendimento retrocesso con l'evidenza di eventuali rendimenti minimi trattenuti. Per i

contratti con forme di partecipazione agli utili diverse, il riepilogo comprende gli utili attribuiti alla polizza.

Fusione di gestioni separate

Operazione che prevede la fusione di due o più gestioni separate tra loro.

Gestione separata (o speciale)

Fondo appositamente creato dalla Compagnia e gestito separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluiscono i premi al netto dei costi versati dai Contraenti che hanno sottoscritto polizze rivalutabili. Dal rendimento ottenuto dalla gestione separata e dall'aliquota di retrocessione deriva la rivalutazione da attribuire alle prestazioni assicurate.

Periodo di osservazione

Periodo di riferimento in base al quale viene determinato il rendimento finanziario della gestione separata, ad esempio dal primo gennaio al trentuno dicembre di ogni anno.

Progetto personalizzato

Ipotesi di sviluppo, effettuata in base al rendimento finanziario ipotetico indicato dall'ISVAP, delle prestazioni assicurate e dei valori di riduzione e riscatto, redatta secondo lo schema previsto dall'ISVAP e consegnato al potenziale Contraente.

Prospetto annuale della composizione della gestione separata

Riepilogo aggiornato annualmente dei dati sulla composizione degli strumenti finanziari e degli attivi in cui è investito il patrimonio della gestione separata.

Regolamento della gestione separata

L'insieme delle norme, riportate nelle condizioni contrattuali, che regolano la gestione separata.

Rendiconto annuale della gestione separata

Riepilogo aggiornato annualmente dei dati relativi al rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata e all'aliquota di retrocessione di tale rendimento attribuita dalla Compagnia al contratto.

Rendimento finanziario

Risultato finanziario della gestione separata nel periodo previsto dal regolamento della gestione stessa.

Rendimento minimo trattenuto

Rendimento finanziario fisso che la Compagnia può trattenere dal rendimento finanziario della gestione separata.

Rivalutazione

Maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della gestione separata secondo la periodicità (annuale, mensile, ecc.) stabilita dalle condizioni contrattuali.

Rivalutazione minima garantita

Garanzia finanziaria che consiste nel riconoscere una rivalutazione delle prestazioni assicurate ad ogni ricorrenza periodica stabilita dal contratto (annuale, mensile, ecc.) in base al tasso di interesse minimo garantito

previsto dal contratto. Rappresenta la soglia al di sotto della quale non può scendere la misura di rivalutazione applicata alle prestazioni.

Società di revisione	Società diversa dalla Compagnia prescelta nell'ambito di un apposito albo cui tali società possono essere iscritte soltanto se godono di determinati requisiti, che controlla e certifica i risultati della gestione separata.
Tasso minimo garantito	Rendimento finanziario, annuo e composto, che la Compagnia garantisce alle prestazioni assicurate. Può essere già conteggiato nel calcolo delle prestazioni assicurate iniziali oppure riconosciuto anno per anno tenendo conto del rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata.
Tasso tecnico	Rendimento finanziario, annuo e composto, che la Compagnia riconosce nel calcolare le prestazioni assicurate iniziali.

QUESTIONARIO SULLA SALUTE DELL'ASSICURANDO DA COMPILARE SEMPRE

Prodotto	00091	FRONTE SICURA	Proposta n.:
	Codice	Denominazione	
Agenzia		Filiale:	Collocatore:
	Codice	Descrizione	
Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto n. _____			
Assicurando		Data di nascita ____ / ____ / ____	Livello prestazione assicurata _____

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere, ai sensi degli artt. 1892 - 1893 - 1894 del cod. civ., il diritto alla prestazione.

Prima della sottoscrizione, l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario sulla Salute.

È necessario rispondere precisamente a TUTTE LE DOMANDE. Saranno ritenute risposte valide solo quelle rese barrando la casella SI oppure la casella NO.

Se l'Assicurando si trova nella situazione di rispondere SI anche ad una sola delle domande sotto riportate la copertura assicurativa non potrà essere attivata.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

1. Lei ha attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo oppure necessita di speciali apparecchiature per compiere uno o più degli atti seguenti: lavarsi, vestirsi, alimentarsi, andare in bagno, muoversi, spostarsi?		SI	NO
2. La differenza fra la Sua altezza in centimetri e il Suo peso in chilogrammi è inferiore a 85? (ad es. altezza 175 cm - peso 70 kg = 175 - 70 =105)		SI	NO
3. Lei ha mai sofferto di o ricevuto cure per una o più delle seguenti malattie negli ultimi cinque anni: malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie dell'apparato gastrointestinale, tumori, malattie dell'apparato respiratorio (asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi o qualsiasi altro disturbo cronico dell'apparato respiratorio), malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche, malattie degli occhi (glaucoma, cataratta, retinopatie o qualsiasi altra malattia agli occhi per la quale ha consultato un medico specialista), malattie dell'apparato genitourinario, diabete?		SI	NO
4. Negli ultimi anni, Lei ha subito un intervento chirurgico o ricovero in ospedale o in casa di cura, salvo in caso di appendicectomia, ernia inguinale, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colicisectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, meniscectomia, chirurgia estetica, parto?		SI	NO
5. È in attesa di essere ricoverato in ospedale o in casa di cura, salvo in caso di appendicectomia, ernia inguinale, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colicisectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, meniscectomia, chirurgia estetica, parto?		SI	NO
6. Lei è mai stato sottoposto a chemioterapia o a radioterapia?		SI	NO
7. Nella sua parentela (madre, padre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di sclerosi multipla, malattia dei motoneuroni, di Alzheimer o di Parkinson, rene policistico familiare, distrofia miotonica, malattia di Huntington prima dei 60 anni?		SI	NO
8. Lei ha mai sofferto di o ricevuto cure per malattie neurologiche, quali ad esempio la malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer, sclerosi multipla, malattia dei motoneuroni, epilessia o qualsiasi altra malattia invalidante di tipo progressivo?		SI	NO
9. Lei percepisce una pensione di invalidità, oppure una pensione per incapacità permanente corrispondente ad un livello di incapacità superiore al 40%, oppure beneficia di un anticipo di pensione per ragioni di salute?		SI	NO
10. Lei ha in corso altre assicurazioni di non-autosufficienza (Long Term Care)?		SI	NO
11. Lei ha mai ottenuto un rifiuto o differimento ad una richiesta di assicurazione (vita, malattie gravi, invalidità, non autosufficienza) oppure un'accettazione a condizioni speciali?		SI	NO

Il sottoscritto Assicurando:

- **Dichiara** di aver risposto con esattezza e in modo completo e veritiero al Questionario sopra riportato. Riconosce altresì che le dichiarazioni in esso rese sono esatte anche se scritte di pugno altrui, e ne assume la piena responsabilità.
- **Riconosce** che le notizie e i dettagli richiestigli costituiscono elementi fondamentali per la valutazione del rischio da parte della Compagnia e ne determinano le condizioni assuntive.
- **Dichiara** di essere disponibile, qualora la Compagnia lo ritenga necessario ai fini della valutazione del rischio, a sottoporsi ad accertamenti sanitari o visite mediche da parte di un medico non di famiglia.
- **Dichiara** di prosciogliere dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché le altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali la Compagnia ritenesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.
- **Acconsente**, in particolare, che tali informazioni siano dalla Compagnia comunicate ad altre persone o enti, nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

IN _____ IL _____
L'ASSICURANDO

NORME SUGLI ACCERTAMENTI SANITARI

LIVELLO PRESTAZIONE ASSICURATA	LIMITE MASSIMO ETÀ ASSICURANDO ALLA DECORRENZA	CARENZA	ACCERTAMENTI SANITARI RICHIESTI
Bassa	70 anni (maschi e femmine)	SI	Questionario
Media	70 anni (maschi e femmine)	SI	Questionario
Alta	70 anni (maschi e femmine)	SI	Questionario
Vip	45 anni (maschi e femmine)	SI	Questionario
	da 46 anni fino a 70 anni (maschi e femmine)	SI	Questionario + Visita medica + Analisi
SuperVip	70 anni (maschi e femmine)	SI	Questionario + Visita medica + Analisi

Questionario: questionario anamnestico sopra riportato da far compilare sempre all'Assicurando.

Visita medica: visita medica eseguita dal medico non di famiglia con esame delle urine; durante la visita verrà compilato un apposito rapporto che verrà valutato dalla Compagnia (mod. 602).

Analisi: colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, elettroforesi lipidica, glicemia.

La Compagnia, in base alle dichiarazioni rese e sottoscritte dal Contraente e dall'Assicurando nella presente proposta, corrisponde le prestazioni specificate nel Fascicolo Informativo.

Prodotto: _____	Proposta n.: _____
Codice	Denominazione
Agenzia: _____	Collocatore: _____
Codice	Descrizione
Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto n. _____	Cod. convenzione: _____

CONTRAENTE

ASSICURANDO (se diverso dal Contraente)

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETÀ CONTRAENTE

BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE

L'ASSICURATO STESSO

DATI TECNICI DI POLIZZA

DATI IDENTIFICATIVI (legge 5 luglio 1991 n. 197)

Luogo e data _____ **IL COLLOCATORE (firma leggibile)** _____ **IL CONTRAENTE (firma leggibile)** _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il sottoscritto Contraente/Correntista autorizza la Banca ad addebitare il proprio conto corrente, indicato in calce, per il premio relativo alla polizza assicurativa senza emissione della lettera contabile di addebito.
 Coordinate bancarie ABI _____ CAB _____ c/c di addebito n. _____
 Importo del premio Euro _____
 Luogo e data _____

IL CONTRAENTE/CORRENTISTA (firma leggibile)

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURANDO

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE DEL FASCICOLO INFORMATIVO E DEL PROGETTO ESEMPLIFICATIVO PERSONALIZZATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA DI POLIZZA.

IL CONTRAENTE

Il sottoscritto con riferimento a quanto disposto dall'art. 1341 del cod. civ. dichiara di approvare specificamente le disposizioni di cui alle Condizioni di Assicurazione allegate: Art. 17 - Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative.

IL CONTRAENTE

Diritto di recesso del Contraente. Il Contraente può recedere dal presente contratto entro 30 giorni dalla data di decorrenza degli effetti dello stesso.

Il recesso si esercita mediante l'invio di fax al numero 0458372316 o lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Unità Previdenza – Ufficio Gestione Portafoglio – Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona – Italia.

La comunicazione di recesso pervenuta alla Compagnia successivamente al termine di 30 giorni dalla data di decorrenza degli effetti del contratto, ma inviata dal Contraente entro detto termine, verrà considerata comunque valida.

La Compagnia considererà inoltre valido il recesso fatto pervenire tramite lo sportello bancario presso cui è stato stipulato il contratto, purché esso sia stato presentato dal Contraente entro i termini sopraindicati.

A far tempo dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta di recesso del Contraente, le parti del presente contratto si intendono liberate da qualunque reciproca obbligazione dal medesimo derivante.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente il premio corrisposto.

La Compagnia tratterrà i costi sostenuti per l'emissione del contratto di cui all'Art. 9.a) delle Condizioni di Assicurazione, pari a 25,00 Euro.

I sottoscritti Contraente e Assicurando dichiarano di aver ricevuto e preso visione delle Condizioni di Assicurazione consegnategli. Accettano integralmente il contenuto delle stesse ove non in contrasto con i dati e le dichiarazioni rese nel presente modulo delle quali, pur se materialmente scritte da altri, riconoscono la piena veridicità e completezza anche ai fini del loro utilizzo ai sensi della legge n. 197 del 5/7/91.

I sottoscritti Contraente e Assicurando dichiarano altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali e di aver prestato il consenso al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, ed alla comunicazione degli stessi ai soggetti indicati nell'informativa, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni.

L'Assicurando si impegna a produrre il proprio certificato di nascita, se richiesto dalla Compagnia.

Luogo e data _____

L'ASSICURANDO (o chi ne esercita la potestà)
(se diverso dal Contraente)

IL COLLOCATORE (firma leggibile)

IL CONTRAENTE (firma leggibile)