

SCEGLIERE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PARTE I - PIANO INDIVIDUALE DI PREVIDENZA

Definizioni

Nel testo che segue si intendono per:

- Assicurato:** la persona sulla cui vita è stipulato il contratto e che deve rispettare i requisiti previsti dal Decreto. Per questo contratto Contraente e Assicurato coincidono.
- Beneficiari:** – in caso di morte gli eredi, ai sensi dell'art. 10 comma 3 quater del Decreto;
– in caso di vita il Contraente/Assicurato stesso.
- Contraente:** chi stipula il contratto con la Compagnia e versa i premi.
- Soggetto su cui grava il carico fiscale del Contraente/Assicurato:** soggetto che può dedurre i premi versati a favore del Contraente/Assicurato fiscalmente a suo carico.
- Età assicurativa:** è l'età del Contraente/Assicurato espressa in anni interi, arrotondata all'anno successivo se dal compimento dell'anno sono decorsi più di sei mesi.
- Data di decorrenza:** la data di efficacia delle prestazioni assicurative.
- Premio investito:** è il premio versato dal Contraente/Assicurato, al netto delle spese cui all'Art. 18 a), che viene investito in Quote di Fondi Interni.
- 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 – Via Meucci, 5 – 37135 Verona e Sede Operativa in Italia – Via Pirandello, 37 – 37138 Verona.
- Decreto:** Decreto Legislativo 21 aprile 1993, n. 124 e successive modificazioni ed integrazioni.
- Fondi Interni:** Fondi Mobiliari Interni gestiti da BPV VITA S.p.A., nei quali vengono investiti i premi versati dal Contraente/Assicurato.
- Quote:** ciascuna delle parti di uguale valore in cui ogni Fondo Interno è suddiviso.
- Prestazioni assicurative:** le prestazioni alle quali è tenuta la Compagnia, collegate alle variazioni del valore delle Quote dei Fondi Interni.
- Società Collocatrice:** Banco Popolare di Verona e Novara Scarl - Piazza Nogara, 2 – Verona – Italia.

Art. 1 – Oggetto. A fronte del versamento di un premio unico ricorrente fissato nel suo ammontare al momento della conclusione del contratto e degli eventuali premi unici aggiuntivi in base a quanto previsto all'Art. 11, il presente contratto di assicurazione sulla vita (Piano Individuale di Previdenza), prevede la corresponsione al Contraente/Assicurato di una rendita vitalizia annua posticipata di importo determinato al raggiungimento dell'età pensionabile prevista dal regime pensionistico obbligatorio, come specificatamente descritto al successivo Art. 6. L'importo della prestazione di rendita che verrà erogata viene quantificato al raggiungimento dell'età pensionabile. Infatti tale prestazione è, secondo le

modalità indicate all'Art. 26, commisurata al controvalore delle Quote dei Fondi Interni possedute alla data di scadenza del contratto e acquisite con i versamenti effettuati.

Nel caso di decesso del Contraente/Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Compagnia corrisponderà agli eredi un capitale variabile così come determinato all'Art. 24.

Tutte le prestazioni assicurative previste dal presente contratto (Piano Individuale di Previdenza) sono collegate all'andamento del valore delle Quote dei Fondi Interni, le quali, a loro volta, dipendono dalle oscillazioni di prezzo delle attività finanziarie di cui le Quote sono rappresentazione.

Conseguentemente, con il presente contratto di assicurazione (Piano Individuale di Previdenza):

- a) il Contraente/Assicurato assume **il rischio connesso alle possibili variazioni del valore delle Quote;**
- b) la Compagnia **non è tenuta ad alcun valore minimo garantito;**
- c) **le prestazioni assicurative potranno risultare inferiori ai premi versati.**

Il presente contratto prevede inoltre la possibilità di sottoscrivere, in abbinamento al Piano Individuale di Previdenza e a fronte del pagamento di un premio annuo supplementare, una garanzia che copre il rischio di non-autosufficienza del Contraente/Assicurato, denominata Long Term Care. Tale garanzia è regolata dalle Condizioni di Assicurazione riportate nella apposita Parte II - Garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care).

Art. 2 – Conclusione del contratto e decorrenza degli effetti. Il contratto si ritiene concluso e produce i propri effetti, sempre che la Compagnia non abbia comunicato per iscritto la mancata accettazione della proposta, entro i termini sottoindicati:

- a) dalle ore zero del primo mercoledì successivo al giorno di sottoscrizione della proposta da parte del Contraente/Assicurato, se tra la data di sottoscrizione e il primo mercoledì successivo intercorrono almeno due giorni lavorativi;
- b) dalle ore zero del secondo mercoledì successivo al giorno di sottoscrizione della proposta, se tra la data di sottoscrizione e il primo mercoledì successivo non intercorrono almeno due giorni lavorativi.

Il contratto produce effetti dalle date suddette a condizione che sia stato corrisposto il premio convenuto.

Nel caso in cui si verifichi il decesso del Contraente/Assicurato prima della conclusione del contratto, la Compagnia rimborserà agli eredi del Contraente/Assicurato il premio da questi corrisposto, nel termine di 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di decesso.

Il contratto abbinato relativo alla garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care) si ritiene concluso contestualmente al contratto relativo al Piano Individuale di Previdenza e produce effetti dalla stessa data, sempre che la Compagnia non comunichi prima per iscritto il proprio rifiuto a contrarre.

Art. 3 – Revoca della proposta. Nella fase che precede la conclusione del contratto, il Contraente/Assicurato ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione, inviando comunicazione scritta presso la sede della Compagnia, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Via Pirandello, 37 – 37138 Verona – Italia. Nel caso in cui il Contraente/Assicurato revochi la proposta fatta per il Piano Individuale di Previdenza, tale revoca vale anche per la garanzia di non-auto-

sufficienza (Long Term Care) eventualmente sottoscritta, mentre è possibile revocare la sola garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care) mantenendo in essere il Piano Individuale di Previdenza.

È ammessa, sempre nei termini sopraindicati, la revoca della proposta fatta pervenire tramite lo sportello bancario presso cui è stato stipulato il contratto. La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, rimborserà al Contraente/Assicurato il premio corrisposto.

Art. 4 – Diritto di recesso del Contraente/Assicurato. Il Contraente/Assicurato può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso: il recesso esercitato per il Piano Individuale di Previdenza vale anche per la garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care), mentre è possibile recedere per la sola garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care) mantenendo in essere il Piano Individuale di Previdenza.

La notifica di recesso libera le parti da qualunque obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24:00 del giorno in cui la Compagnia ha ricevuto la comunicazione scritta del Contraente/Assicurato, che dovrà essere inviata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Via Pirandello, 37 – 37138 Verona – Italia.

È ammesso, sempre nei termini sopraindicati, il recesso fatto pervenire tramite lo sportello bancario presso cui è stato stipulato il contratto.

Con riferimento al Piano Individuale di Previdenza, la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente/Assicurato il controvalore delle Quote acquisite con il premio investito, e valorizzate come previsto all'Art. 21, maggiorato delle spese di cui al successivo Art. 18 a). La Compagnia tratterà le spese sostenute per l'emissione del contratto, individuate forfetariamente in **20,00 Euro**. **L'importo così determinato potrà essere inferiore al premio versato dal Contraente/Assicurato.**

Con riferimento alla garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care), la Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborsa al Contraente/Assicurato il premio da questi eventualmente corrisposto.

In ogni caso, anche qualora il recesso sia relativo alla sola garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care), la Compagnia trattiene le spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto da individuarsi forfetariamente in **20,00 Euro**; inoltre nell'evenienza in cui siano stati necessari accertamenti sanitari, la Compagnia si riserva il diritto di trattenere l'importo di **50,00 Euro** a titolo di rimborso per le spese sostenute per tali accertamenti.

Art. 5 – Requisiti soggettivi. Per la presente forma assicurativa il Contraente coincide con l'Assicurato. Possono aderire alla presente forma pensionistica individuale i lavoratori dipendenti (sia privati che

pubblici), i lavoratori autonomi, i professionisti, i soci lavoratori di cooperative ed i soggetti destinatari del d.lgs. 16 settembre 1996 n. 565 (anche se non iscritti al Fondo ivi previsto), anche in assenza di specifiche previsioni delle fonti istitutive; possono aderire inoltre i soggetti titolari di redditi diversi da quelli di lavoro o di impresa, ancorché privi di iscrizione ad una forma pensionistica obbligatoria, nonché le persone fiscalmente a carico.

L'età massima del Contraente/Assicurato alla decorrenza del contratto non può essere superiore rispettivamente a 55 anni per le donne e 60 anni per gli uomini.

Art. 6 – Età pensionabile ai fini della corresponsione della prestazione pensionistica. In conformità a quanto previsto dal Decreto, il contratto scade quando il Contraente/Assicurato raggiunge l'età pensionabile. In particolare (salvo modifiche legislative nel corso della durata del contratto):

- se verrà scelta la pensione di vecchiaia, il contratto scadrà e la prestazione verrà erogata al raggiungimento da parte del Contraente/Assicurato dell'età prevista per il pensionamento per vecchiaia nel regime obbligatorio di appartenenza (attualmente 60 anni per le donne e 65 anni per gli uomini) fermo restando il vincolo di una **durata minima di 5 anni**;
- se verrà scelta la pensione di anzianità, il contratto scadrà e la prestazione verrà erogata alla cessazione dell'attività lavorativa, sempreché il Contraente/Assicurato abbia un'età di non più di 10 anni inferiore a quella prevista per il pensionamento di vecchiaia nel regime obbligatorio di appartenenza (attualmente 50 anni per le donne e 55 anni per gli uomini), fermo restando il vincolo di una **durata minima di 15 anni**.

In assenza di un regime previdenziale obbligatorio di appartenenza (per i Contraenti/Assicurati non titolari di reddito da lavoro o da impresa) si considera età pensionabile il compimento dell'età prevista dall'art. 1 c. 20 della l. 8 agosto 1995 n. 335 (attualmente pari a 57 anni).

In ogni caso varranno i limiti di età previsti dal regime pensionistico di appartenenza.

L'anzianità di iscrizione che il Contraente/Assicurato abbia maturato presso altre forme pensionistiche è riconosciuta, a tutti gli effetti, ai fini dell'anzianità maturata all'interno della forma pensionistica individuale.

Art. 7 – Proroga. Al raggiungimento dell'età pensionabile, il Contraente/Assicurato ha la facoltà di prorogare la scadenza del contratto per un periodo non superiore a ulteriori 5 anni con la continuazione o meno del pagamento premi. Qualora il Contraente/Assicurato intenda prorogare la scadenza del contratto, dovrà rendere nota tale volontà alla Compagnia inviando una comunicazione.

La comunicazione di proroga del contratto può es-

sere effettuata dal Contraente/Assicurato mediante fax o lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, inviata almeno 45 giorni prima della scadenza del contratto. La Compagnia considererà comunque valida anche la richiesta di proroga pervenuta tramite lo sportello bancario presso cui è stato stipulato il contratto, purché essa sia stata presentata dal Contraente/Assicurato entro i termini sopraindicati. Al termine del periodo di proroga, la Compagnia liquiderà la prestazione previdenziale di cui all'Art. 26.

Art. 8 – Dichiarazioni del Contraente/Assicurato. Il Contraente/Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a lui 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/ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto, dichiarando al Contraente/Assicurato di voler esercitare tale diritto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di corrispondere, in caso di decesso del Contraente/Assicurato prima che sia decorso il termine dianzi indicato per l'impugnazione, un capitale pari al **100,10%** del controvalore totale delle Quote acquisite (nel Fondo o nei Fondi Interni) e valorizzate come descritto all'Art. 21, con un capitale massimo aggiuntivo eccedente tale controvalore pari a **50.000,00 Euro**;

B) QUANDO NON ESISTE DOLO O COLPA GRAVE HA DIRITTO:

- di recedere dal contratto, mediante dichiarazione da farsi al Contraente/Assicurato entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre la somma dovuta di cui all'Art. 24, in relazione a quanto sarebbe spettato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

In ogni caso, l'inesatta indicazione dell'età del Contraente/Assicurato comporta la rettifica, in base all'età effettiva, delle somme dovute.

Art. 9 – Rischio morte. Non rilevano ai fini della prestazione assicurativa, né il luogo dove avviene il decesso, né l'eventuale cambiamento di professione dell'Assicurato.

Tuttavia se il decesso è causato da:

- dolo del Contraente/Assicurato o dei suoi eredi;
- partecipazione attiva del Contraente/Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva del Contraente/Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi dello Stato italiano: in questo caso la garanzia

può essere prestata, su richiesta del Contraente/Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;

- abuso di alcol e droghe;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- incidente di volo, se il Contraente/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: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autospiratore, speleologia, paracadutismo, delta piano, parapendio, ultraleggeri e sport aerei in genere;
- suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla data di efficacia del contratto assicurativo (o dalla data in cui viene versato ciascun premio unico aggiuntivo, relativamente al controvalore delle Quote acquisite con quel versamento),

la Compagnia non corrisponderà l'intero capitale assicurato come definito all'Art. 24 ma un capitale pari al **100,10%** del controvalore totale delle Quote acquisite (nel Fondo o nei Fondi Interni) e valorizzate come descritto all'Art. 21, con un capitale massimo aggiuntivo eccedente tale controvalore pari a **50.000,00 Euro**.

Art. 10 – Carenza.

A) Qualora il decesso del Contraente/Assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dalla data di decorrenza del contratto, la Compagnia corrisponderà un capitale pari al **100,10% del controvalore totale delle Quote acquisite (nel Fondo o nei Fondi Interni) e valorizzate come descritto all'Art. 21, con un capitale massimo aggiuntivo eccedente tale controvalore pari a **50.000,00 Euro**.**

Tale periodo di carenza di 6 mesi verrà applicato anche successivamente a decorrere dalla data in cui vengano effettuati eventuali versamenti aggiuntivi, relativamente al controvalore delle Quote acquisite con ogni singolo versamento.

Tuttavia la Compagnia non applicherà la limitazione sopraindicata e, pertanto, la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato così come stabilito all'Art. 24, qualora il decesso sia conseguenza diretta di una delle seguenti cause:

- infortunio, avvenuto dopo la conclusione del contratto, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettiva-

mente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte; sono, in ogni caso, fatte salve le cause d'infortunio di cui al precedente Art. 9;

- shock anafilattico sopravvenuto dopo la conclusione del contratto;
- le seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la conclusione del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica.

B) Qualora il decesso del Contraente/Assicurato avvenga entro i primi 7 anni dalla data di decorrenza del contratto e sia causato dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata, la Compagnia corrisponderà un capitale pari al **100,10% del controvalore totale delle Quote acquisite (nel Fondo o nei Fondi Interni) e valorizzate come descritto all'Art. 21, con un capitale massimo aggiuntivo eccedente tale controvalore pari a **50.000,00 Euro**.**

Tale periodo di carenza verrà applicato anche successivamente a decorrere dalla data in cui vengono effettuati eventuali versamenti in forma di premi unici aggiuntivi, relativamente al controvalore delle Quote acquisite con ogni singolo versamento.

Se il decesso del Contraente/Assicurato dovesse invece verificarsi dopo 7 anni dalla data di decorrenza del contratto (o dalla data in cui viene effettuato ciascun versamento aggiuntivo), per la suddetta causa, verrà corrisposto il capitale assicurato, così come disciplinato all'Art. 24, senza la limitazione sopraindicata.

Art. 11 – Il premio e le modalità di versamento.

A fronte delle prestazioni previste dal presente contratto il Contraente/Assicurato versa un premio unico ricorrente fissato nel suo ammontare all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione del Piano Individuale di Previdenza. Esso viene calcolato con riferimento all'annualità e può essere corrisposto anche in rate periodiche mensili, trimestrali o semestrali suddivise nel corso dell'anno. I premi unici ricorrenti successivi al primo dovranno essere corrisposti il giorno 15 del mese di scadenza delle singole rate; a partire da tale data decorrono anche gli effetti contrattuali relativi al versamento di ciascun premio unico ricorrente successivo al primo.

L'ammontare minimo dei premi unici ricorrenti, al netto delle spese di cui all'Art. 18 a), è di:

- **1.000,00 Euro** per premi con rateazione annuale;
- **500,00 Euro** per premi con rateazione semestrale;

- **250,00 Euro** per premi con rateazione trimestrale;
- **100,00 Euro** per premi con rateazione mensile.

I premi unici aggiuntivi potranno essere versati trascorsi almeno 30 giorni dalla data di conclusione del contratto e l'ammontare minimo, al netto delle spese di cui all'Art. 18 a), è di **250,00 Euro**.

Il premio versato dal Contraente/Assicurato, al netto delle spese di cui all'Art. 18 a), è investito, al momento della sottoscrizione della proposta o del versamento dei premi unici aggiuntivi, in Quote di Fondi Interni scelti dal Contraente/Assicurato tra quelli previsti dal presente contratto di assicurazione.

La Compagnia provvede all'investimento del premio come previsto all'Art. 21.

Il premio unico ricorrente iniziale e i versamenti successivi potranno essere versati dal Contraente/Assicurato tramite lo sportello bancario presso cui è stato stipulato il Piano Individuale di Previdenza, mediante addebito sul conto corrente per la prima rata di premio e per i premi unici aggiuntivi, e mediante R.I.D. (Rapporti Interbancari Diretti) per le rate di premio successive.

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

Art. 12 – Indicizzazione del premio. Ad ogni ricorrenza annuale di polizza, il premio unico ricorrente viene incrementato di un importo pari al **3%** della prima annualità di premio fermo quanto previsto al successivo Art. 13.

Art. 13 – Stabilizzazione del premio e ripresa dell'indicizzazione. Il Contraente/Assicurato, alla sottoscrizione del Piano Individuale di Previdenza o ad ogni ricorrenza annuale di polizza, può anche richiedere che il premio, fin dall'inizio o da quel momento in poi, rimanga invariato nel suo importo.

La richiesta di stabilizzazione del premio alle ricorrenze di polizza deve avvenire mediante richiesta scritta presentata alla Compagnia o presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il Piano Individuale di Previdenza, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale.

Il Contraente/Assicurato, almeno 45 giorni prima di una ricorrenza annuale di polizza successiva, può richiedere il ripristino dell'indicizzazione del premio.

Da quel momento, ad ogni ricorrenza annuale di polizza, il premio verrà incrementato annualmente, rispetto al premio precedente, di un importo pari al **3%** della prima annualità di premio.

Art. 14 – Mancato pagamento della prima annualità di premio: risoluzione del contratto. Nel caso in cui il Contraente/Assicurato non completi la prima annualità minima di premio, la garanzia aggiun-

tiva in caso di decesso prevista all'Art. 24 è sospesa a decorrere dalle ore 24:00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza della rata insoluita: in caso quindi di decesso del Contraente/Assicurato verrà corrisposto solo il controvalore delle Quote acquisite (nel Fondo o nei Fondi Interni) e valorizzate come previsto all'Art. 21.

Trascorsi 60 giorni dalla scadenza della prima rata non pagata senza che sia stato corrisposto interamente il versamento relativo alla prima annualità minima di premio del Piano Individuale di Previdenza, il contratto si risolve e rimangono interamente acquisite dalla Compagnia le quote di premio pagate relativamente al Piano Individuale di Previdenza (con la sola eccezione del trasferimento presso un'altra forma pensionistica alla quale il Contraente/Assicurato acceda in relazione alla sua nuova attività lavorativa) e alla garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care).

Art. 15 – Sospensione e riattivazione dei versamenti. Completata la prima annualità minima di premio, il Contraente/Assicurato ha la facoltà di sospendere in qualsiasi momento i versamenti su esplicita richiesta scritta da presentare, almeno 45 giorni prima della data di scadenza della rata dalla quale non intende più pagare, alla Compagnia o allo sportello bancario dove è stato stipulato il Piano Individuale di Previdenza. La sospensione riguarda esclusivamente i premi unici ricorrenti.

Le Quote acquisite con i versamenti precedenti rimarranno investite nei Fondi Interni scelti.

In qualsiasi momento successivo alla sospensione, il Contraente/Assicurato può riprendere il pagamento del premio mediante richiesta scritta da presentare alla Compagnia o presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il Piano Individuale di Previdenza almeno 45 giorni prima della data di scadenza della rata dalla quale intende riprendere i pagamenti. In ogni caso non sarà possibile versare le rate di premio unico ricorrente non pagate durante il periodo di sospensione, sia nell'eventualità che il Contraente/Assicurato abbia comunicato tale volontà sia nel caso si sia limitato a non corrispondere i versamenti senza alcuna esplicita richiesta scritta al riguardo.

Art. 16 – Modifica della rateazione del premio. Ad ogni ricorrenza annuale di polizza, il Contraente/Assicurato ha la facoltà di modificare la rateazione dei versamenti, mediante richiesta scritta da presentare alla Compagnia o presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il Piano Individuale di Previdenza, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza.

Art. 17 – Modifica dell'importo del premio. Trascorso almeno 1 anno dalla data di decorrenza del contratto, il Contraente/Assicurato ha la facoltà di modificare in qualsiasi momento, sia incrementandolo che diminuendolo, l'importo dell'annualità di

premio unico ricorrente, nel rispetto dei limiti previsti per l'annualità minima di premio. Tale facoltà potrà essere esercitata mediante richiesta scritta da presentare, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale della polizza, alla Compagnia o presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il Piano Individuale di Previdenza. Dal momento in cui l'annualità viene modificata, il nuovo valore costituirà l'importo da corrispondere per la durata residua del contratto.

Art. 18 – Spese.

a) Spese di acquisizione, emissione ed amministrazione

Le spese di acquisizione, emissione ed amministrazione vengono trattenute dalla Compagnia, che le detrae dall'importo dei premi unici ricorrenti e dei premi unici aggiuntivi, e sono pari ad una percentuale del:

- **4,00%** se l'importo annuo dei premi unici ricorrenti e/o l'importo dei premi unici aggiuntivi è inferiore o uguale a **1.000,00 Euro**;
- **3,50%** se l'importo annuo dei premi unici ricorrenti e/o l'importo dei premi unici aggiuntivi è superiore a **1.000,00 Euro** e inferiore o uguale a **2.500,00 Euro**;
- **3,00%** se l'importo annuo dei premi unici ricorrenti e/o l'importo dei premi unici aggiuntivi è superiore a **2.500,00 Euro**.

b) Spese di trasferimento tra Fondi Interni

Per ogni anno di vita del contratto, il primo trasferimento di Quote da un Fondo Interno ad un altro Fondo Interno è gratuito. I trasferimenti successivi saranno soggetti a spese amministrative pari a **10,00 Euro**. Tali spese verranno trattenute dalla Compagnia, che le detrae dall'importo trasferito.

c) Spese inerenti ai Fondi Interni

I Fondi Interni in cui vengono investiti i premi prevedono spese che determinano una diminuzione del valore netto del Fondo Interno, e di conseguenza del valore netto della Quota quali:

- a) commissioni di gestione applicate dalla Compagnia pari all'**1,70%** su base annua calcolate con riferimento a ciascun Fondo Interno;
- b) non sono previste commissioni per la garanzia di prestazione minima;
- c) non sono previste commissioni di *overperformance* applicate dalla Compagnia;
- d) oneri inerenti all'acquisizione ed alla dismissione delle attività del Fondo Interno ed ulteriori oneri di diretta pertinenza;
- e) spese di amministrazione e custodia delle attività del Fondo Interno, di pubblicazione del valore delle Quote, nonché spese sostenute per l'attività svolta dalla società di revisione in relazione al giudizio sul rendiconto del Fondo Interno;
- f) commissioni di gestione annue applicate dalle

S.G.R. con il massimo del **2,50%** del valore delle quote degli OICR in cui investono i Fondi Interni; possono inoltre essere previste commissioni di incentivo (*overperformance*) relativamente agli OICR in cui investono i Fondi Interni, calcolate qualora l'incremento percentuale del valore della quota dell'OICR sia superiore alla variazione di un parametro predefinito (benchmark di riferimento). Le commissioni di gestione annue e di incentivo – applicate sul patrimonio netto dell'OICR – non sono individuabili né quantificabili a priori a causa della numerosità, varietà e variabilità degli investimenti in quote di OICR. Nel caso di retrocessione di tali commissioni a favore della Compagnia, esse non verranno riconosciute al Fondo Interno. Qualora le condizioni economiche di mercato varino sensibilmente, la Compagnia potrà rivedere il costo massimo, previa comunicazione al Contraente/Assicurato e fatto salvo il diritto di quest'ultimo di recedere dal contratto senza l'applicazione di alcun onere o penalizzazione.

Le predette commissioni vengono imputate al Fondo Interno, attraverso una diminuzione del suo valore netto, con una gradualità coerente con la periodicità di calcolo della Quota di cui al successivo Art. 20.

Art. 19 – Scelta dei Fondi Interni. Il Contraente/Assicurato ha la facoltà di scegliere tra i Fondi Interni gestiti dalla Compagnia e di diversificare il proprio investimento in uno o più Fondi Interni, tra quelli previsti, purché l'importo investito in ciascun Fondo Interno non sia inferiore a **1.000,00 Euro**; nel caso di premi unici aggiuntivi l'importo minimo investito in ciascun Fondo Interno deve essere almeno pari a **200,00 Euro**. Tale facoltà è esercitata dal Contraente/Assicurato al momento della sottoscrizione della proposta o del versamento dei premi unici aggiuntivi, con sottoscrizione della linea di gestione scelta.

I Fondi Interni sono del tipo ad accumulazione e i proventi non vengono pertanto distribuiti al Contraente/Assicurato ma vengono reinvestiti.

Prima di effettuare la scelta del Fondo Interno, leggere attentamente la Nota Informativa per poter valutare la tipologia delle attività finanziarie in cui i Fondi Interni possono investire, con i relativi limiti, per apprezzare i diversi profili di rischio/rendimento e, quindi, scegliere il Fondo Interno o i Fondi Interni più rispondenti alle proprie esigenze in rapporto all'orizzonte temporale dell'investimento.

Art. 20 – Valore unitario della Quota. La Compagnia determina ogni settimana il valore unitario della Quota di ciascun Fondo Interno. Il valore unitario della Quota viene calcolato dividendo il valore complessivo netto del Fondo Interno per il numero complessivo di Quote costituenti il patrimonio, entrambi relativi al giorno di calcolo, cioè al primo giorno lavorativo precedente a quello di investimento e di attribuzione delle Quote. Il valore unitario della Quota è pubblicato ogni giorno su "Il Sole 24 Ore" con in-

dicazione della relativa data di riferimento. Il valore unitario della Quota è al netto di qualsiasi onere a carico del Fondo Interno.

Art. 21 – Operazioni di investimento, disinvestimento ed attribuzione delle Quote. Le operazioni di investimento e di attribuzione delle Quote conseguenti al versamento del premio unico ricorrente iniziale inerenti a ciascun Fondo Interno verranno effettuate il giorno di decorrenza dell'efficacia del contratto, così come individuato al precedente Art. 2.

Le operazioni di investimento e di attribuzione delle Quote conseguenti al versamento dei premi unici ricorrenti successivi al primo verranno effettuate l'ultimo mercoledì del mese di riferimento.

Le operazioni di investimento e di attribuzione delle Quote conseguenti al versamento dei premi unici aggiuntivi (e la relativa decorrenza degli effetti contrattuali) verranno effettuate il primo mercoledì successivo alla data del relativo versamento, a condizione che tra queste due date ci siano almeno due giorni lavorativi. In caso contrario, le operazioni di investimento e di attribuzione delle Quote avverranno il secondo mercoledì successivo alla data del relativo versamento.

Il numero delle Quote attribuite al Contraente/Assicurato è pari al rapporto tra l'importo del premio versato, al netto delle spese di cui all'Art. 18 a), ed il valore unitario della Quota relativa al giorno in cui avviene l'investimento e l'attribuzione, determinato secondo quanto previsto all'Art. 20.

Le operazioni di disinvestimento conseguenti a riscatto, a recesso, a trasferimento di Quote presso un altro Fondo Interno (switch) o un'altra forma pensionistica, o pagamento del capitale assicurato in caso di decesso, verranno effettuate il primo mercoledì successivo alla data in cui la richiesta è pervenuta alla Compagnia, a condizione che tra queste due date ci siano almeno due giorni lavorativi. In caso contrario, l'operazione avverrà il secondo mercoledì successivo alla data di ricezione della richiesta da parte della Compagnia.

Relativamente al versamento dei premi unici ricorrenti successivi al primo, le operazioni di disinvestimento conseguenti a riscatto, a trasferimento di Quote o pagamento del capitale assicurato in caso di decesso, verranno effettuate soltanto in seguito alle operazioni di investimento e di attribuzione delle Quote.

Nel caso di trasferimento di Quote presso un altro Fondo Interno, il reinvestimento dell'importo da trasferire verrà effettuato il mercoledì successivo a quello di disinvestimento.

Per la determinazione della prestazione a scadenza in caso di raggiungimento dell'età massima del Contraente/Assicurato di cui all'Art. 26, la valorizzazione delle Quote sarà quella effettuata il mercoledì precedente la data di scadenza.

Qualora il giorno di riferimento per l'investimento (disinvestimento) e l'attribuzione delle Quote non coincida con un giorno lavorativo, sarà considerato

come tale il primo giorno lavorativo immediatamente successivo.

Qualora, a causa di una sospensione o una sostanziale limitazione degli scambi prima dell'orario di chiusura delle Borse di quotazione delle attività finanziarie in cui investono i Fondi Interni, la Compagnia si trovi nelle condizioni di non poter valorizzare le Quote, verrà preso (relativamente alle Borse interessate), come riferimento per la valorizzazione, il primo giorno lavorativo immediatamente successivo nel quale si rendano disponibili le quotazioni di dette attività finanziarie.

La Compagnia fornirà per iscritto al Contraente/Assicurato le informazioni riguardanti il premio versato, il premio investito, la data di decorrenza della polizza, il numero di Quote attribuite e il loro valore unitario (con l'indicazione del giorno a cui tale valore si riferisce).

Art. 22 – Trasferimento delle Quote presso un altro Fondo Interno (switch). Trascorso almeno 1 anno dalla data di decorrenza del contratto, il Contraente/Assicurato ha la possibilità di trasferire un importo non inferiore a **2.000,00 Euro** da un Fondo Interno ad un altro Fondo Interno, inviando comunicazione scritta presso la sede della Compagnia (mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Via Pirandello, 37 – 37138 Verona – Italia).

Tale facoltà potrà essere esercitata, anche parzialmente, a condizione che l'importo residuo del Fondo Interno nonché l'importo trasferito presso il Fondo Interno prescelto non siano inferiori a **2.000,00 Euro**. Il trasferimento dovrà, invece, essere totale nel caso in cui non vengano rispettati tali limiti.

Per ogni anno di vita del contratto, il primo trasferimento di Quote da un Fondo Interno all'altro è gratuito. I trasferimenti successivi saranno soggetti a spese amministrative pari a **10,00 Euro**. Tali spese verranno trattenute dalla Compagnia, che le detrae dall'importo trasferito.

Il disinvestimento e il reinvestimento avverrà secondo quanto indicato all'Art. 21.

La Compagnia si riserva la possibilità di definire nuove modalità per le operazioni di trasferimento che in ogni caso verranno rese note al Contraente/Assicurato mediante comunicazione scritta.

La Compagnia fornirà per iscritto al Contraente/Assicurato le informazioni riguardanti il numero di Quote rimborsate ed attribuite e i rispettivi valori unitari.

Art. 23 – Trasferimento della propria posizione individuale presso un'altra forma pensionistica.

Dopo un periodo minimo di 3 anni di adesione alla presente forma pensionistica individuale, il Contraente/Assicurato può trasferire volontariamente la propria posizione ad altra forma pensionistica complementare o individuale. Tale limite temporale non sussiste nel caso il Contraente/Assicurato trasferisca la propria posizione individuale ad altra forma

pensionistica alla quale abbia facoltà di accesso in relazione alla sua nuova attività lavorativa.

Il capitale da trasferire verrà disinvestito come previsto all'Art. 21.

Il valore trasferito presso un'altra forma pensionistica potrebbe risultare inferiore ai premi versati.

Art. 24 – Prestazione e Beneficiari in caso di decesso del Contraente/Assicurato. In caso di premorienza del Contraente/Assicurato il contratto viene riscattato dagli eredi, ai sensi dell'art. 10, comma 3 quater del Decreto. Fermo restando quanto previsto al precedente Art. 10, la Compagnia corrisponderà, previa richiesta di liquidazione e consegna della documentazione di cui al successivo Art. 29, un capitale determinato dal controvalore totale delle Quote (del Fondo Interno o dei Fondi Interni) possedute alla data del decesso del Contraente/Assicurato (pari al prodotto del numero delle Quote per il valore unitario di cui all'Art. 20) e valorizzate secondo quanto previsto all'Art. 21, moltiplicato per una percentuale (riportata di seguito nella Tabella A) corrispondente alla fascia d'età raggiunta dal Contraente/Assicurato al momento del decesso.

Tale capitale non potrà comunque superare il controvalore delle Quote per un importo maggiore del capitale massimo aggiuntivo per il caso di morte definito per ciascuna fascia d'età e indicato nella Tabella A. Il limite del capitale massimo aggiuntivo per il caso morte eccedente il controvalore delle Quote verrà applicato tenendo conto dei capitali corrisposti in virtù di tutti i contratti "Unit Linked" di tipo previdenziale (Piani Individuali di Previdenza) sottoscritti con la Compagnia per lo stesso Contraente/Assicurato.

Tabella A

Età assicurativa del Contraente/Assicurato al momento del decesso	Fattore (%) di moltiplicazione	Capitale massimo aggiuntivo per il caso di morte
Fino a 39 anni	120%	125.000,00 Euro
Da 40 a 49 anni	110%	112.500,00 Euro
Da 50 a 59 anni	105%	75.000,00 Euro
Da 60 a 69 anni	101%	62.500,00 Euro
70 anni e oltre	100,10%	50.000,00 Euro

La Compagnia, in relazione al presente contratto, non è tenuta ad alcun valore minimo garantito.

Esiste la possibilità che l'entità della prestazione corrisposta sia inferiore ai premi versati.

Art. 25 – Diritto di riscatto. In conformità a quanto previsto dall'art. 10, comma 1-bis del Decreto, il Contraente/Assicurato può esercitare il diritto di riscatto solo a condizione che:

- siano trascorsi almeno 8 anni dalla data di decorrenza del contratto;
- sia richiesto per le seguenti motivazioni:
 - per l'acquisto della prima casa di abitazione per sé o per i figli (documentato con atto notarile);

- per interventi di recupero del patrimonio edilizio relativamente alla prima casa di abitazione;
- per spese sanitarie, per terapie ed interventi straordinari (riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche).

Per la determinazione degli 8 anni sono considerati utili tutti i periodi di iscrizione a forme pensionistiche complementari ed individuali maturati dal Contraente/Assicurato, per i quali non è stato esercitato il diritto di riscatto.

Il riscatto è altresì ammesso in caso di cessazione dell'attività lavorativa senza aver maturato i requisiti per il diritto alle prestazioni pensionistiche.

In considerazione dei rischi di natura finanziaria connessi all'investimento, è opportuno che il Contraente/Assicurato richieda, prima di effettuare l'operazione di riscatto, un'informazione circa il suo effettivo ammontare. Infatti, in caso di sfavorevole andamento dei mercati, **il valore di riscatto potrebbe essere inferiore ai premi versati.**

Il Contraente/Assicurato potrà esercitare il diritto di riscatto inviando comunicazione scritta alla Compagnia (con lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Via Pirandello, 37 – 37138 Verona – Italia) e indicando espressamente, nella sua richiesta, il numero di Quote per le quali intende richiedere il riscatto.

Il valore di riscatto totale è pari al controvalore totale delle Quote dei Fondi Interni possedute alla data di richiesta di riscatto, disinvestite secondo quanto previsto all'Art. 21, previa consegna della documentazione indicata all'Art. 29.

Il riscatto può essere esercitato, per qualunque importo anche inferiore al valore di riscatto totale.

Il valore di riscatto parziale verrà determinato secondo le stesse modalità dinanzi indicate. L'operazione di riscatto parziale comporta la cancellazione dal Fondo (o dai Fondi Interni) selezionato (selezionati) di un numero di Quote il cui controvalore equivale all'importo richiesto.

L'esercizio parziale del diritto di riscatto comporta il conseguente ricalcolo del capitale assicurato in caso di morte di cui all'Art. 24, sulla base del controvalore delle Quote residue.

Non può essere richiesto il riscatto se non nei casi e nei termini sopra indicati.

Art. 26 – Prestazione pensionistica a scadenza. La Compagnia comincerà a corrispondere la prestazione nel momento in cui il Contraente/Assicurato comunicherà alla Compagnia, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, il raggiungimento dei requisiti di cui all'Art. 6, e comunque, anche in caso di comunicazione di proroga, al raggiungimento di un'età massima pari a 65 anni per le donne e 70 anni per gli uomini, fatte salve le modifiche successive relative al raggiungimento dell'età pensionabile nel regime obbligatorio di appartenenza.

La prestazione di rendita che verrà corrisposta sarà pari al controvalore delle Quote assegnate al con-

tratto, determinato in base alle regole di cui all'Art. 21, moltiplicato per un coefficiente di conversione, relativo all'età a scadenza, al sesso e all'anno di nascita del Contraente/Assicurato.

Il controvalore delle Quote a scadenza potrà essere liquidato sotto forma di capitale nella misura massima del **50%** del controvalore delle Quote stesse; tale limite non sussiste nel caso in cui il Contraente/Assicurato, trasferito da altri Fondi Pensione o da altre forme pensionistiche individuali, sulla base della documentazione prodotta, risulti essere stato iscritto alla data del 28/4/1993 a forme pensionistiche complementari istituite entro il 15/11/1992 e non abbia riscattato la propria posizione previdenziale, oppure nell'ipotesi in cui l'importo annuo della rendita pensionistica – calcolata con riferimento al **50%** dell'ammontare complessivamente maturato – risulti inferiore al **50%** dell'“assegno sociale” di cui all'art. 3, commi 6 e 7, della l. 8 agosto 1995, n. 335.

La rendita vitalizia può essere scelta tra:

- a) rendita vitalizia rivalutabile, da corrispondere finché il Contraente/Assicurato è in vita;
- b) rendita vitalizia rivalutabile e reversibile a favore di altra persona;
- c) rendita rivalutabile che verrà corrisposta in ogni caso per 5 o 10 anni, a scelta del Contraente/Assicurato, anche qualora si dovesse verificare il decesso del Contraente/Assicurato in tale periodo, e poi vitalizia.

La rendita vitalizia annua viene erogata in via posticipata con rateazione annuale, semestrale o trimestrale (quindi la prima rata di rendita verrà corrisposta al termine del periodo di rateazione scelto) e non potrà essere riscattata durante il periodo di erogazione.

Nel caso di mancata comunicazione del Contraente/Assicurato, la Compagnia liquiderà il **100%** della prestazione a scadenza sotto forma di rendita vitalizia del tipo a).

La Compagnia, in relazione al presente contratto, non è tenuta ad alcun valore minimo garantito.

Il Contraente/Assicurato assume il rischio finanziario connesso alle possibili variazioni del valore delle Quote, le quali, a loro volta, dipendono dalle oscillazioni di prezzo delle attività finanziarie di cui le Quote sono rappresentazione.

Esiste la possibilità che l'entità della prestazione corrisposta sia inferiore ai premi versati.

Art. 27 – Rivedibilità dei coefficienti di conversione in rendita. I coefficienti di conversione del controvalore delle Quote possedute alla scadenza del contratto, indicati nell'Allegato A, sono determinati utilizzando la tavola demografica RG48 distinta per sesso e anno di nascita e riconoscendo un tasso tecnico annuo del **2%**. I coefficienti di conversione comprendono già implicitamente le spese di erogazione della rendita pari all'**1,25%** annuo della rendita stessa.

La tavola RG48 deriva dalla rielaborazione delle proiezioni demografiche della popolazione italiana

elaborate dalla Ragioneria Generale dello Stato e pubblicate nel 1995 nel rapporto “*Tendenze evolutive della popolazione italiana – un'analisi per sesso, età e regione (1994–2044)*”.

La Compagnia si riserva il diritto di modificare i coefficienti di conversione in rendita di cui all'Allegato A, a causa delle variazioni delle probabilità di sopravvivenza desunte dalle rilevazioni statistiche nazionali sulla popolazione condotte da qualificati organismi pubblici (quali ad esempio: ISTAT, Ministeri, Autorità di Controllo, Ragioneria Generale dello Stato) e dalle rilevazioni sui portafogli di polizze della Compagnia.

La Compagnia si riserva inoltre il diritto di modificare la misura del tasso di interesse garantito (tasso tecnico) previsto nei coefficienti di conversione del capitale in rendita solo sui versamenti successivi all'entrata in vigore di detta modifica.

In ogni caso la modifica dei coefficienti di conversione in rendita non potrà essere effettuata:

- prima dei 5 anni successivi alla decorrenza del contratto;
- nei 3 anni precedenti l'inizio di erogazione della rendita; non verranno in ogni caso modificati i coefficienti di conversione in rendita dopo i 62 anni per i maschi e i 57 anni per le femmine e si farà riferimento ai limiti di età previsti dal regime obbligatorio di appartenenza;
- durante l'erogazione della rendita.

La Compagnia comunicherà al Contraente/Assicurato la modifica di tali coefficienti almeno 90 giorni prima della loro entrata in vigore, specificando gli effetti sulla prestazione assicurata, mediante la lettera di comunicazione annuale riguardante l'andamento del contratto o con apposita comunicazione. Nell'ipotesi di modifica dei coefficienti di conversione, il Contraente/Assicurato, prima della data di effetto della modifica stessa, può avvalersi della facoltà di trasferire la propria posizione individuale senza che ciò incida sulla prestazione maturata.

Art. 28 – Modalità di determinazione e rivalutazione della rendita. Il valore iniziale della rendita vitalizia rivalutabile, da corrispondere finché il Contraente/Assicurato è in vita, erogata al raggiungimento dell'età pensionabile, è determinato in base ai coefficienti riportati nell'Allegato A, alle condizioni esistenti a tale data.

Allo stato attuale, la rendita viene rivalutata in base ai rendimenti conseguiti dalla Gestione Speciale “**Gestione Futuro**” secondo le modalità di seguito indicate:

A. Misura della rivalutazione

La misura annua di rivalutazione si ottiene:

1. moltiplicando il rendimento annuo realizzato dalla Gestione per un'aliquota di partecipazione non inferiore al **90%** del rendimento della Gestione; in ogni caso, il rendimento annuo realizzato da riconoscere al Contraente/Assicurato, non può es-

sere superiore a quello realizzato dalla Gestione diminuito di un punto percentuale (1%);

2. sottraendo il tasso tecnico del **2%** già riconosciuto nel calcolo della rendita iniziale;
3. dividendo il risultato per **1,02**.

In ogni caso a titolo di spese di gestione finanziaria, la Compagnia tratterrà almeno un punto percentuale (1%) dal rendimento annuo (realizzato dalla Gestione), come previsto al punto A.1 precedente.

B. Rivalutazione della rendita garantita

Ad ogni ricorrenza annuale del contratto, la rendita assicurata verrà rivalutata utilizzando la misura di rivalutazione definita al precedente punto A. Il valore ottenuto sarà consolidato al netto degli eventuali prelievi fiscali effettuati dalla Compagnia in qualità di sostituto d'imposta.

Art. 29 – Documentazione e modalità di pagamento dei rimborsi e delle prestazioni assicurative. Tutti i pagamenti saranno effettuati dalla Compagnia tramite bonifico bancario. Pertanto per consentire alla Compagnia di eseguire i pagamenti dovuti dovranno essere comunicate in ogni caso dal Contraente/Assicurato e/o dai Beneficiari in caso di morte le coordinate bancarie.

Dovranno essere consegnati altresì i seguenti documenti:

In caso di riscatto ai sensi dell'art. 10 comma 1-bis del Decreto:

- richiesta sottoscritta dal Contraente/Assicurato, riportante l'indicazione della quota del valore della posizione maturata (o dell'importo) da riscattare;
- fotocopia fronte retro del documento di riconoscimento e fotocopia del codice fiscale del Contraente/Assicurato;
- idonea documentazione che attesti i requisiti necessari a termini di legge.

In caso di riscatto per cessazione dell'attività lavorativa:

- richiesta sottoscritta dal Contraente/Assicurato;
- fotocopia fronte retro del documento di riconoscimento e fotocopia del codice fiscale del Contraente/Assicurato;
- idonea documentazione che attesti la cessazione dell'attività lavorativa e, in caso di cessazione dell'attività lavorativa per pensionamento, idonea documentazione che attesti la maturazione del diritto alla pensione nel sistema previdenziale obbligatorio.

*In caso di riscatto ai sensi dell'art. 10 comma 3-
quater del Decreto (decesso):*

- comunicazione sottoscritta dagli eredi;
- consenso all'utilizzo dei dati personali degli eredi (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni);

- fotocopia fronte retro del documento di riconoscimento e fotocopia del codice fiscale degli eredi;
- certificato di morte del Contraente/Assicurato;
- relazione medica sulle cause del decesso;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che attesti la non esistenza del testamento e riporti l'indicazione degli eredi legittimi;
- copia autentica del testamento, se esistente;
- decreto del Giudice Tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la prestazione, nel caso di presenza di eredi minorenni o incapaci.

Alla scadenza del contratto:

- richiesta sottoscritta dal Contraente/Assicurato, con indicazione del tipo di rendita prescelta e dell'eventuale quota del valore della posizione maturata da erogare in forma di capitale;
- fotocopia fronte retro del documento di riconoscimento e fotocopia del codice fiscale del Contraente/Assicurato;
- documentazione che attesti l'esistenza dei requisiti richiesti dalla normativa per l'erogazione della prestazione pensionistica.

In caso di trasferimento della posizione individuale presso altra forma pensionistica:

- richiesta sottoscritta dal Contraente/Assicurato, con specificazione della forma pensionistica di destinazione (denominazione ed indirizzo);
- fotocopia fronte retro del documento di riconoscimento e fotocopia del codice fiscale del Contraente/Assicurato;
- idonea documentazione che attesti i requisiti di partecipazione al fondo, in caso di trasferimento ad una forma pensionistica collettiva ai sensi dell'art. 10 comma 2 del Decreto.

Se l'ammontare dei premi versati non ha usufruito, o non intende usufruire, anche parzialmente, della deduzione ai sensi della lettera e-bis del comma 1, dell'art. 10 del TUIR (DPR 917/86), il Contraente/Assicurato comunicherà alla Compagnia, entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento ovvero, se antecedente, alla data in cui sorge il diritto alla prestazione, l'importo dei premi non dedotto o che non sarà dedotto in sede di presentazione della dichiarazione dei redditi.

La Compagnia esegue i pagamenti derivanti dai propri obblighi contrattuali, premesso che sia maturato il diritto alla prestazione oggetto della richiesta entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa inviata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Via Pirandello, 37 – 37138 Verona – Italia (oppure entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa consegnata presso lo sportello bancario dove è stato stipulato il contratto).

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

Art. 30 – Nuovi Fondi Interni. La Compagnia ha la facoltà di istituire nuovi Fondi Interni in aggiunta a quelli previsti dal presente contratto; di tali nuovi Fondi Interni ciascun Contraente/Assicurato verrà opportunamente informato e vi potrà accedere con operazioni di investimento o di trasferimento delle Quote. Ciascun nuovo Fondo Interno verrà disciplinato da apposito Regolamento.

Art. 31 – Variazioni contrattuali. La Compagnia si riserva di apportare quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito dei cambiamenti della normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali, con esclusione di quelle meno favorevoli per il Contraente/Assicurato. Tali modifiche verranno trasmesse con tempestività all'ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo), con evidenza degli effetti sugli Assicurati, e comunicate al Contraente/Assicurato stesso.

Il Contraente/Assicurato che non intenda accettare le suddette modifiche potrà recedere dal contratto, senza l'applicazione di alcun onere o penalizzazione, comunicando per iscritto alla Compagnia la sua decisione (con lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Via Pirandello, 37 – 37138 Verona – Italia), entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione delle modifiche da parte della Compagnia.

In mancanza di comunicazione di recesso da parte del Contraente/Assicurato, il contratto resta in vigore alle nuove condizioni.

Art. 32 – Imposte e tasse. Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente/Assicurato o dei Beneficiari.

Art. 33 – Foro competente. Per ogni controversia riguardante l'esecuzione del presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui il Contraente/Assicurato ha la residenza o ha eletto domicilio.

Art. 34 – Prescrizione. Ai sensi dell'art. 2952 cod. civ., i diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti ad un termine di prescrizione di 1 anno che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere.

Art. 35 – Comunicazioni. La Compagnia provvederà ad inviare annualmente per iscritto al Contraente/Assicurato un estratto conto contenente le seguenti informazioni:

- indicazione del numero di Quote assegnate e del relativo controvalore all'inizio del periodo di riferimento;
- dettaglio dei premi versati e di quelli investiti nel periodo di riferimento e del relativo numero e controvalore delle Quote assegnate;
- indicazione del numero di Quote complessivamente assegnate e del relativo controvalore alla fine del periodo di riferimento.

La Compagnia si impegna a comunicare al Contraente/Assicurato, su richiesta del medesimo, l'ultimo rendiconto della gestione del Fondo Interno.

Art. 36 – Legge applicabile al contratto. Al contratto si applica la legge italiana. Le parti possono, tuttavia, pattuire una diversa legislazione, sulla quale comunque prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

PARTE II - GARANZIA DI NON-AUTOSUFFICIENZA (LONG TERM CARE)

Definizioni

Nel testo che segue si intendono per:

- Assicurato:** la persona al cui “stato di salute” è collegato il diritto alla prestazione assicurata, coincidente con il Contraente/Assicurato del Piano Individuale di Previdenza.
- Beneficiario:** la persona a cui spetta la prestazione assicurata, coincidente con il Contraente/Assicurato.
- Età assicurativa:** è l’età del Contraente/Assicurato espressa in anni interi arrotondata all’anno successivo se dal compimento dell’anno sono decorsi più di 6 mesi.
- 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 - Via Meucci, 5 - 37135 Verona e Sede Operativa in Italia - Via Pirandello, 37 - 37138 Verona.
- ADL:** attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living) sintetizzate nelle voci:
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.
- Non-autosufficienza:** l’evento assicurato coincidente con lo stato di impossibilità fisica totale e presumibilmente permanente del Contraente/Assicurato di compiere, anche con l’aiuto di speciali apparecchiature, almeno 3 delle elencate ADL senza l’assistenza di una terza persona.
- Accertamento della non-autosufficienza:** data della certificazione medica dello stato di non-autosufficienza presentata alla Compagnia in sede di denuncia.
- Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza uno stato di non-autosufficienza.
- Periodo di franchigia:** periodo, a decorrere dalla data di accertamento, in cui le prestazioni non sono erogate.
- Carenza:** periodo, a decorrere dalla data di conclusione del contratto, in cui le prestazioni non sono attivate o sono concesse in forma ridotta.

Art. 37 – Oggetto. La presente garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care) prevede la corresponsione al Contraente/Assicurato di una rendita vitalizia mensile anticipata rivalutabile annualmente nel caso in cui il Contraente/Assicurato si trovi in uno stato di non-autosufficienza, nel corso del rapporto contrattuale.

A fronte della prestazione garantita il Contraente/Assicurato si impegna a versare, secondo le modalità indicate all’Art. 50, un premio annuo rivalutabile (per un numero di anni scelto al momento della sottoscrizione del contratto) aggiuntivo a quello versato per il Piano Individuale di Previdenza.

Art. 38 – Conclusione del contratto. Il contratto è concluso e produce effetti nello stesso momento

del Piano Individuale di Previdenza, salvo che la Compagnia non comunichi per iscritto il proprio rifiuto a contrarre.

Art. 39 – Durata del contratto. La garanzia per il rischio di non-autosufficienza (Long Term Care) è un’assicurazione a vita intera, a tempo indeterminato: la prestazione assicurata viene riconosciuta dalla Compagnia in qualunque epoca si verifichi lo stato di non-autosufficienza del Contraente/Assicurato.

Art. 40 – Cessazione degli effetti del contratto. In caso di decesso del Contraente/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.

Relativamente a questa garanzia non è prevista per la Compagnia la facoltà di recesso, fermo quanto previsto all'Art. 52 in caso di mancato pagamento della prima intera annualità di premio.

Art. 41 – Revoca della proposta e diritto di recesso. Il Contraente/Assicurato può revocare la proposta ed esercitare il diritto di recesso, così come previsto dagli Artt. 3 e 4 della Parte I - Piano Individuale di Previdenza.

Art. 42 – Persone assicurabili. Al momento della sottoscrizione della presente garanzia l'età minima assicurabile è di 18 anni.

L'età massima assicurabile è di 55 anni e di 60 anni rispettivamente nel caso di Contraente/Assicurato di sesso femminile e di sesso maschile.

Sono assicurabili le sole persone fisiche che rispondano ai requisiti definiti tramite il Questionario sulla salute del Contraente/Assicurato da compilare e sottoscrivere preliminarmente alla conclusione del contratto. Nel caso in cui il Contraente/Assicurato risponda affermativamente ad almeno una delle domande del suddetto Questionario, la garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care) non potrà essere sottoscritta.

Art. 43 – Esclusioni. Sono esclusi dalla garanzia i casi di non-autosufficienza dovuta a:

- dolo;
- partecipazione attiva del Contraente/Assicurato ad atti dolosi;
- partecipazione attiva del Contraente/Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi dello Stato italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente/Assicurato, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- partecipazione attiva del Contraente/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 del Contraente/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 il Contraente/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 ac-

compagnamento 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).

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

Art. 44 – 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 causato dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da 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. 55. A seguito di tale pagamento da parte della Compagnia la garanzia si intende risolta.

Art. 45 – Condizioni di carenza. La garanzia assicurativa è operante alle seguenti condizioni di carenza:

- per gli stati di non-autosufficienza causati da infortunio, a partire dalla data di conclusione del contratto;
- per gli stati di non-autosufficienza causati da ogni altra causa, dopo che sia decorso 1 anno 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. 55. A seguito di tale pagamento da parte della Compagnia la garanzia si intende risolta.

Art. 46 – 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.

Art. 47 – Definizione dello stato di non-autosufficienza. Si intende per stato di non-autosufficienza del Contraente/Assicurato l'impossibilità fisica totale e presumibilmente permanente di compiere senza l'assistenza di una terza persona almeno 3 delle seguenti *attività 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.

Lo stato di non-autosufficienza viene differenziato tra 2 livelli di gravità:

- impossibilità a compiere 3 o 4 ADL: la Compagnia corrisponde il **60%** della prestazione assicurata;
- impossibilità a compiere 5 o 6 ADL: la Compagnia corrisponde il **100%** della prestazione assicurata.

Nel caso di un aggravamento/miglioramento delle condizioni di salute tale per cui aumenti/diminuisca il numero di ADL che il Contraente/Assicurato non è in grado di compiere, la prestazione assicurata verrà aumentata/diminuita in base ai livelli di gravità sopra esposti.

Art. 48 – La prestazione assicurata. Il valore iniziale della rendita mensile anticipata viene prescelto dal Contraente/Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto e viene rivalutato annualmente secondo la clausola di rivalutazione definita all'Art. 55.

Il Contraente/Assicurato può scegliere tra i 3 livelli di rendita mensile iniziale esposti nella seguente tabella:

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

La rendita, correlata al livello di gravità di non-autosufficienza come indicato all'Art. 47, viene erogata con periodicità mensile anticipata ed è rivalutata annualmente come descritto all'Art. 55.

È facoltà del Contraente/Assicurato richiedere la

conversione della rendita in capitale per un importo non superiore al **30%** del valore attuale della stessa. 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, il Contraente/Assicurato **possa** richiedere la liquidazione dell'intero importo maturato sotto forma di capitale.

Art. 49 – Dichiarazioni del Contraente/Assicurato. Il Contraente/Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia le circostanze a lui 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/ASSICURATO HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente/Assicurato di voler esercitare tale diritto entro 3 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/ASSICURATO NON HA AGITO CON DOLO O COLPA GRAVE:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente/Assicurato entro 3 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 del Contraente/Assicurato comporta la rettifica, in base alla data di nascita e del sesso effettivi, delle somme dovute.

Art. 50 – Premio e durata. Il Contraente/Assicurato è tenuto alla corresponsione di un premio annuo rivalutabile per tutta la durata di pagamento dei premi da lui stesso scelta al momento della sottoscrizione del contratto con un minimo pari a 5 anni.

La durata di pagamento dei premi deve essere individuata in modo tale che l'età del Contraente/Assicurato all'inizio dell'ultima annualità di premio dovuta, non sia superiore a 60 anni e 65 anni rispettivamente nel caso di Contraente/Assicurato di sesso femminile e di sesso maschile.

Il premio annuo iniziale relativo alla copertura del rischio per non-autosufficienza (Long Term Care) viene determinato nel suo ammontare iniziale in fun-

zione del livello della prestazione di rendita prescelto dal Contraente/Assicurato.

Nel momento in cui si verifica lo stato di non-auto-sufficienza il pagamento del premio relativo alla presente garanzia viene sospeso.

L'importo del premio determinato comprende le spese di cui all'Art. 51.

Tale premio viene corrisposto secondo le stesse modalità e le stesse scadenze del premio del Piano Individuale di Previdenza sottoscritto insieme alla presente garanzia. Per questo motivo è possibile che tra un'annualità di premio e la successiva non intercorra un anno solare esatto ma ci sia uno scostamento che comunque non potrà mai eccedere i 30 giorni.

Il premio annuo iniziale e i versamenti successivi potranno essere versati dal Contraente/Assicurato tramite lo sportello bancario presso cui è stato stipulato il contratto, mediante addebito sul conto corrente per la prima rata di premio e mediante R.I.D. (Rapporti Interbancari Diretti) per le rate successive.

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

È facoltà del Contraente/Assicurato continuare a corrispondere il premio relativo alla garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care) anche in caso di sospensione del pagamento del premio relativo al Piano Individuale di Previdenza sempreché sia stata versata almeno la prima annualità minima di premio del Piano Individuale di Previdenza: in caso contrario, come previsto dall'Art. 14, il contratto si intende risolto con riferimento al Piano Individuale di Previdenza e alla garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care) e i relativi premi versati rimangono acquisiti dalla Compagnia.

Ad ogni ricorrenza annuale di contratto il premio viene rivalutato secondo le modalità indicate all'Art. 55.

Nel caso di premio corrisposto in rate sub-annuali si applicano interessi di frazionamento su base annua pari a:

- **3,00%** nel caso di rateazione mensile;
- **2,50%** nel caso di rateazione trimestrale;
- **1,50%** nel caso di rateazione semestrale.

Art. 51 – Spese di acquisizione, emissione e gestione. Su ciascun premio versato relativo alla presente garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care) sono previste le seguenti spese:

- **50,00 Euro** annui; in caso di frazionamento del premio, verranno quindi proporzionalmente distribuiti su ciascuna rata;
- **15%** del premio versato al netto della cifra fissa di cui sopra.

Art. 52 – Mancato pagamento del premio: risoluzione e riduzione. Nel caso in cui il Contraente/Assicurato non completi la prima annualità intera di premio relativa alla garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care), la prestazione assicurata di cui all'Art. 48 è sospesa a decorrere dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza della rata insoluita. 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 relativa 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.

La rendita ridotta si determina 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 dei premi annui pagati, comprese eventuali frazioni sub-annuali, ed il numero di premi contrattualmente predefinito.

Ad ogni ricorrenza annuale di contratto la rendita ridotta viene rivalutata secondo le modalità indicate all'Art. 55.

Art. 53 – 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. 55, lettera a), maggiorato del **2,5%**, e comunque con il minimo del tasso di interesse legale.

Art. 54 – 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 del Contraente/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 e da ogni precedente variazione.

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

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

Art. 55 – 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 Speciale **“Gestione Futuro”** nella misura e secondo le modalità di seguito elencate.

A tal fine la Compagnia gestisce, secondo quanto previsto dal Regolamento della Gestione, allegato al presente contratto (Appendice A), attività di importo non inferiore alle riserve matematiche relative all'insieme dei contratti appartenenti alla Gestione stessa. 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 rendimento annuo realizzato dalla Gestione, come stabilito al punto 3 del Regolamento, per un'aliquota di partecipazione non inferiore all'**80%** del rendimento della Gestione;
- sottraendo il tasso tecnico del **2,5%** già riconosciuto nel calcolo del premio;
- dividendo il risultato per un fattore pari a **1,025**, ovvero scontando per 1 anno la differenza tra la rivalutazione da retrocedere ed il tasso tecnico stesso.

Nel caso risultasse non positiva la misura annua di rivalutazione sarà posta pari a zero, non assegnando quindi per il periodo di rivalutazione in corso alcuna rivalutazione aggiuntiva rispetto alla misura del tasso di interesse 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/Assicurato ad ogni ricorrenza annuale di polizza.

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

Nel caso in cui il Contraente/Assicurato si avvalga della facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio, così come previsto al punto d) del presente articolo, ad una 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 ed il numero degli anni di durata del periodo di pagamento dei premi;
- 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, il premio dovuto viene adeguato nella stessa misura di rivalutazione di cui al punto a), e con la stessa modalità di adeguamento della rendita assicurata.

Art. 56 – Stabilizzazione del premio e ripresa della rivalutazione. Il Contraente/Assicurato, ad ogni ricorrenza annuale di polizza, può richiedere che il premio relativo alla garanzia di non-autosufficienza (Long Term Care), 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. 55 punto c).

Il Contraente/Assicurato, 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 espone all'Art. 55.

Art. 57 – Diritto di riscatto. In relazione alla presente garanzia non è previsto diritto di riscatto.

Art. 58 – Denuncia di sinistro e accertamento dello stato di non-autosufficienza. Il Contraente/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 a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: BPV VITA S.p.A. – Via Pirandello, 37 – 37138 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 del Contraente/Assicurato, e in particolare dal certificato del medico curante o del medico ospedaliero, che espone lo stato di non-autosufficienza del Contraente/Assicurato, la data della sua sopravvenienza e che precisa l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni.

In casi 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, a spese del Contraente/Assicurato, e tutta la documentazione sanitaria a disposizione del Contraente/Assicurato.

Art. 59 – Modalità di pagamento 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. 58.

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. 46, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile in via anticipata.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore del Beneficiario della prestazione.

Con riferimento all'esonero dal versamento dei premi successivi alla data di accertamento, così come previsto dall'Art. 50, il Contraente/Assicurato deve attendere il riconoscimento del diritto alla prestazione da parte della Compagnia, che provvede al rimborso dei premi eventualmente già corrisposti.

Art. 60 – Beneficiario della prestazione. Il Beneficiario della prestazione di rendita di non-autosufficienza è il Contraente/Assicurato stesso.

Art. 61 – Rivedibilità dello stato di non-autosufficienza. La Compagnia si riserva la facoltà di procedere annualmente ad un controllo presso il Contraente/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 del Contraente/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 del Contraente/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/Assicurato è tenuto al pagamento del premio di polizza a partire da quello immediatamente successivo alla comunicazione 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 ricomincerà il pagamento della rendita assicurata, alle regole indicate agli Artt. 46 e 47.

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 automaticamente adeguata in base all'Art. 47.

Art. 62 – 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/Assicurato.

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

Leggere attentamente il Regolamento dei Fondi Mobiliari Interni prima della sottoscrizione del contratto.

REGOLAMENTO DEI FONDI MOBILIARI INTERNI

Art. 1 – Costituzione e denominazione dei Fondi Interni. La Compagnia gestisce quattro Fondi Interni denominati:

- *SCEGLIERE CONSERVATIVO*;
- *SCEGLIERE PRUDENTE*;
- *SCEGLIERE DINAMICO*;
- *SCEGLIERE VIVACE*.

A fronte di eventuali mutati criteri gestionali del Fondo Interno, o a seguito dell'eventuale riduzione delle masse gestite tali da rendere l'incidenza dei costi fissi gravanti sul Fondo Interno eccessivamente onerosa, ovvero tali da pregiudicare l'efficiente gestione finanziaria dello stesso nell'interesse dei Contraenti/Assicurati, è ammessa la possibilità di fusione del Fondo Interno con altri Fondi Interni della Compagnia, purché aventi caratteristiche simili ed obiettivi di investimento omogenei.

In tal caso, la Compagnia informerà, in via preventiva e per iscritto, i Contraenti/Assicurati del Fondo Interno circa tutti gli aspetti connessi con l'operazione di fusione che rilevino per gli stessi, in particolare precisando:

- (i) gli effetti che la stessa determina sulle politiche di investimento dei Fondi stessi e sul regime delle commissioni;
- (ii) le modalità ed i tempi esatti di regolazione dell'operazione di fusione, con la specifica indicazione dei criteri seguiti per l'attribuzione delle quote del nuovo Fondo Interno e la determinazione del relativo valore di ingresso nello stesso.

Resta inteso che le eventuali operazioni di fusione, tenuto conto dell'interesse dei Contraenti/Assicurati, non potranno comportare alcun aggravio degli oneri economici per gli stessi, né modifiche del Regolamento del Fondo Interno in senso meno favorevole ad essi.

La Compagnia provvederà a far confluire tutte le attività finanziarie relative al Fondo Interno in quello derivante dalla fusione, senza oneri o spese per i Contraenti/Assicurati, ed in modo tale da assicurare che non si verifichino soluzioni di continuità nella gestione dei Fondi interessati.

La Compagnia provvederà, altresì, ad inviare ai Contraenti/Assicurati il nuovo Regolamento del Fondo Interno derivante dall'operazione di fusione, che costituirà parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 2 – Obiettivi, caratteristiche e criteri di investimento dei Fondi Interni. La Compagnia può in-

vestire il patrimonio del Fondo Interno conformemente a quanto indicato nel d.lgs. 17 marzo 1995 n. 174, nel provvedimento ISVAP n. 297/96, così come modificato dal provvedimento n. 981G/98, e nella circolare ISVAP n. 474/D del 21 febbraio 2002 e successive eventuali modifiche.

Ciascun Fondo Interno presenta criteri di investimento diversi per composizione e per finalità:

SCEGLIERE CONSERVATIVO

L'obiettivo della gestione del Fondo Interno è rappresentato dalla redditività degli investimenti con un livello di rischio di tipo molto basso, adeguato ad un orizzonte temporale di breve periodo, nell'ambito di un profilo di diversificazione globale (per aree geografiche, settori e categorie di emittenti).

Le attività conferite a fronte dei versamenti su polizze UNIT LINKED poste a copertura delle relative riserve matematiche saranno investite conformemente a quanto previsto dal d.lgs. 17 marzo 1995 n. 174, dal provvedimento ISVAP n. 297/96, così come modificato dal provvedimento n. 981G/98, e dalla circolare ISVAP n. 474/D del 21 febbraio 2002 e successive eventuali modifiche. È prevista la possibilità di investire in parti di OICR promossi o gestiti da imprese appartenenti al gruppo o in altri strumenti finanziari emessi da società del gruppo di cui fanno parte la Compagnia o le società partecipanti al capitale sociale della Compagnia stessa.

Coerentemente con il profilo di rischio del Fondo Interno, e a fini di copertura degli investimenti effettuati, è prevista la possibilità di impiegare strumenti finanziari derivati.

Il controvalore complessivo delle suddette attività di natura monetaria ed obbligazionaria è pari al **100%** del totale del Fondo Interno.

Il controvalore complessivo delle suddette attività espresse, o che possono investire, in divise diverse dall'Euro, può essere pari al **10%** del totale del Fondo Interno; per la parte del Fondo Interno costituita da attività espresse, o che possono investire, in divise diverse dall'Euro è prevista l'esposizione al rischio di cambio.

Le strategie di investimento saranno delineate dalla Compagnia, la quale dovrà individuare le attività oggetto di investimento del patrimonio del Fondo Interno, in conformità agli obiettivi ed al profilo di rischio del Fondo stesso ed in maniera tale che le operazioni effettuate siano eseguite alle migliori condizioni possibili con riferimento al momento, alla dimensione e alla natura delle operazioni.

Gli eventuali crediti di imposta riconosciuti sui divi-

dendi o sui proventi derivanti dalla gestione delle quote di OICR presenti nel Fondo Interno concorrono ad incrementare il valore del Fondo Interno a partire dalla data in cui sono maturati.

SCEGLIERE PRUDENTE

L'obiettivo della gestione del Fondo Interno è rappresentato dalla redditività degli investimenti con un livello di rischio di tipo medio basso, adeguato ad un orizzonte temporale di medio periodo, nell'ambito di un profilo di diversificazione globale (per aree geografiche, settori e categorie di emittenti).

Le attività conferite a fronte dei versamenti su polizze UNIT LINKED poste a copertura delle relative riserve matematiche saranno investite conformemente a quanto previsto dal d.lgs. 17 marzo 1995 n. 174, dal provvedimento ISVAP n. 297/96, così come modificato dal provvedimento n. 981G/98, e dalla circolare ISVAP n. 474/D del 21 febbraio 2002 e successive eventuali modifiche. È prevista la possibilità di investire in parti di OICR promossi o gestiti da imprese appartenenti al gruppo o in altri strumenti finanziari emessi da società del gruppo di cui fanno parte la Compagnia o le società partecipanti al capitale sociale della Compagnia stessa.

Coerentemente con il profilo di rischio del Fondo Interno, e a fini di copertura degli investimenti effettuati, è prevista la possibilità di impiegare strumenti finanziari derivati.

Il controvalore complessivo delle suddette attività di natura bilanciata e azionaria non può superare il **20%** del totale del Fondo Interno.

Il controvalore complessivo delle suddette attività espresse, o che possono investire, in divise diverse dall'Euro, può essere pari al **10%** del totale del Fondo Interno; per la parte del Fondo Interno costituita da attività espresse, o che possono investire, in divise diverse dall'Euro è prevista l'esposizione al rischio di cambio.

Le strategie di investimento saranno delineate dalla Compagnia, la quale dovrà individuare le attività oggetto di investimento del patrimonio del Fondo Interno, in conformità agli obiettivi ed al profilo di rischio del Fondo stesso ed in maniera tale che le operazioni effettuate siano eseguite alle migliori condizioni possibili con riferimento al momento, alla dimensione e alla natura delle operazioni.

Gli eventuali crediti di imposta riconosciuti sui dividendi o sui proventi derivanti dalla gestione delle quote di OICR presenti nel Fondo Interno concorrono ad incrementare il valore del Fondo Interno a partire dalla data in cui sono maturati.

SCEGLIERE DINAMICO

L'obiettivo della gestione del Fondo Interno è rappresentato dalla redditività degli investimenti con un livello di rischio di tipo medio alto, adeguato ad un orizzonte temporale di lungo periodo, nell'ambito di un profilo di diversificazione globale (per aree geografiche, settori e categorie di emittenti).

Le attività conferite a fronte dei versamenti su poliz-

ze UNIT LINKED poste a copertura delle relative riserve matematiche saranno investite conformemente a quanto previsto dal d.lgs. 17 marzo 1995 n. 174, dal provvedimento ISVAP n. 297/96, così come modificato dal provvedimento n. 981G/98, e dalla circolare ISVAP n. 474/D del 21 febbraio 2002 e successive eventuali modifiche. È prevista la possibilità di investire in parti di OICR promossi o gestiti da imprese appartenenti al gruppo o in altri strumenti finanziari emessi da società del gruppo di cui fanno parte la Compagnia o le società partecipanti al capitale sociale della Compagnia stessa.

Coerentemente con il profilo di rischio del Fondo Interno, e a fini di copertura degli investimenti effettuati, è prevista la possibilità di impiegare strumenti finanziari derivati.

Il controvalore complessivo delle suddette attività di natura bilanciata e azionaria non può superare il **50%** del totale del Fondo Interno.

Il controvalore complessivo delle suddette attività espresse, o che possono investire, in divise diverse dall'Euro, può essere pari al **10%** del totale del Fondo Interno; per la parte del Fondo Interno costituita da attività espresse, o che possono investire, in divise diverse dall'Euro è prevista l'esposizione al rischio di cambio.

Le strategie di investimento saranno delineate dalla Compagnia, la quale dovrà individuare le attività oggetto di investimento del patrimonio del Fondo Interno, in conformità agli obiettivi ed al profilo di rischio del Fondo stesso ed in maniera tale che le operazioni effettuate siano eseguite alle migliori condizioni possibili con riferimento al momento, alla dimensione e alla natura delle operazioni.

Gli eventuali crediti di imposta riconosciuti sui dividendi o sui proventi derivanti dalla gestione delle quote di OICR presenti nel Fondo Interno concorrono ad incrementare il valore del Fondo Interno a partire dalla data in cui sono maturati.

SCEGLIERE VIVACE

L'obiettivo della gestione del Fondo Interno è rappresentato dalla redditività degli investimenti con un livello di rischio di tipo alto, adeguato ad un orizzonte temporale di lungo periodo, nell'ambito di un profilo di diversificazione globale (per aree geografiche, settori e categorie di emittenti).

Le attività conferite a fronte dei versamenti su polizze UNIT LINKED poste a copertura delle relative riserve matematiche saranno investite conformemente a quanto previsto dal d.lgs. 17 marzo 1995 n. 174, dal provvedimento ISVAP n. 297/96, così come modificato dal provvedimento n. 981G/98, e dalla circolare ISVAP n. 474/D del 21 febbraio 2002 e successive eventuali modifiche. È prevista la possibilità di investire in parti di OICR promossi o gestiti da imprese appartenenti al gruppo o in altri strumenti finanziari emessi da società del gruppo di cui fanno parte la Compagnia o le società partecipanti al capitale sociale della Compagnia stessa.

Coerentemente con il profilo di rischio del Fondo In-

terno, e a fini di copertura degli investimenti effettuati, è prevista la possibilità di impiegare strumenti finanziari derivati.

Il controvalore complessivo delle suddette attività di natura bilanciata e azionaria non può superare l'**80%** del totale del Fondo Interno.

Il controvalore complessivo delle suddette attività espresse, o che possono investire, in divise diverse dall'Euro, può essere pari al **10%** del totale del Fondo Interno; per la parte del Fondo Interno costituita da attività espresse, o che possono investire, in divise diverse dall'Euro è prevista l'esposizione al rischio di cambio.

Le strategie di investimento saranno delineate dalla Compagnia, la quale dovrà individuare le attività oggetto di investimento del patrimonio del Fondo Interno, in conformità agli obiettivi ed al profilo di rischio del Fondo stesso ed in maniera tale che le operazioni effettuate siano eseguite alle migliori condizioni possibili con riferimento al momento, alla dimensione e alla natura delle operazioni.

Gli eventuali crediti di imposta riconosciuti sui dividendi o sui proventi derivanti dalla gestione delle quote di OICR presenti nel Fondo Interno concorrono ad incrementare il valore del Fondo Interno a partire dalla data in cui sono maturati.

Art. 3 – Spese inerenti ai Fondi Interni I Fondi Interni in cui vengono investiti i premi prevedono spese che determinano una diminuzione del valore netto del Fondo Interno, e di conseguenza del valore netto della Quota quali:

- a) commissioni di gestione applicate dalla Compagnia pari all'**1,70%** su base annua calcolate con riferimento a ciascun Fondo Interno;
- b) non sono previste commissioni per la garanzia di prestazione minima;
- c) non sono previste commissioni di *overperformance* applicate dalla Compagnia;
- d) oneri inerenti all'acquisizione ed alla dismissione delle attività del Fondo Interno ed ulteriori oneri di diretta pertinenza;
- e) spese di amministrazione e custodia delle attività del Fondo Interno, di pubblicazione del valore delle Quote, nonché spese sostenute per l'attività svolta dalla società di revisione in relazione al giudizio sul rendiconto del Fondo Interno;
- f) commissioni di gestione annue applicate dalle S.G.R. con il massimo del **2,50%** del valore delle quote degli OICR in cui investono i Fondi Interni; possono inoltre essere previste commissioni di incentivo (*overperformance*) relativamente agli OICR in cui investono i Fondi Interni, calcolate qualora l'incremento percentuale del valore della quota dell'OICR sia superiore alla variazione di un parametro predefinito (benchmark di riferimento). Le commissioni di gestione annue e di incentivo – applicate sul patrimonio netto dell'OICR – non sono individuabili né quantificabili a priori a causa

della numerosità, varietà e variabilità degli investimenti in quote di OICR. Nel caso di retrocessione di tali commissioni a favore della Compagnia, esse non verranno riconosciute al Fondo Interno. Qualora le condizioni economiche di mercato varino sensibilmente, la Compagnia potrà rivedere il costo massimo, previa comunicazione al Contraente/Assicurato e fatto salvo il diritto di quest'ultimo di recedere dal contratto senza l'applicazione di alcun onere o penalizzazione.

Le predette commissioni vengono imputate al Fondo Interno, attraverso una diminuzione del suo valore netto, con una gradualità coerente con la periodicità di calcolo della Quota di cui all'Art. 5.

Art. 4 – Criteri per la determinazione del valore complessivo netto del Fondo Interno. Il valore complessivo netto del Fondo Interno è la risultante della valorizzazione delle attività del Fondo Interno stesso al netto delle eventuali passività e delle spese inerenti ai Fondi Interni di cui al precedente Art. 3. La Compagnia calcola settimanalmente il valore complessivo netto del Fondo Interno conformemente ai seguenti criteri:

- il valore si riferisce sempre al giorno di calcolo, cioè al primo giorno lavorativo precedente a quello di investimento e di attribuzione delle Quote;
- per l'individuazione quantitativa delle attività si considera la posizione netta in strumenti finanziari quale si ricava dalle consistenze effettive del giorno cui si riferisce il calcolo, emergenti dalle evidenze patrimoniali rettificata dalle partite relative ai contratti conclusi alla data anche se non ancora regolati; gli investimenti relativi ai contratti conclusi ma non regolati verranno considerati nel calcolo della successiva valorizzazione.

Ai fini della determinazione del valore complessivo netto del Fondo Interno saranno applicati i seguenti principi contabili:

- le negoziazioni su titoli e altre attività finanziarie sono contabilizzate nel portafoglio del Fondo Interno sulla base della conclusione dei relativi contratti, anche se non regolati;
- gli interessi e gli altri proventi ed oneri di natura operativa sono registrati secondo il principio della competenza temporale, anche mediante rilevazione di ratei attivi e passivi;
- gli interessi e gli altri proventi attivi vengono registrati al lordo delle eventuali ritenute d'acconto;
- i dividendi non ancora incassati sui titoli azionari in portafoglio sono considerati dal giorno della quotazione ex-cedola;
- l'immissione e il prelievo delle Quote sono registrate in base a quanto previsto dalle condizioni contrattuali e secondo il principio della competenza temporale;
- i valori mobiliari quotati sono valutati al prezzo ufficiale rilevato il giorno di riferimento del calcolo;

- i valori mobiliari non quotati sono valutati al presunto valore di realizzo;
- le quote di un OICR presente nel Fondo Interno vengono valorizzate sulla base dell'ultimo valore della quota disponibile al giorno di valorizzazione della Quota del Fondo Interno;
- per i valori mobiliari con valorizzazioni ufficiali disponibili con cadenza settimanale o mensile si utilizza l'ultimo valore disponibile;
- la conversione in Euro dei valori mobiliari espressi in valuta estera avviene applicando i cambi indicativi rilevati dalla Banca Centrale Europea il giorno di riferimento del calcolo;
- il numerario è computato al nominale;
- gli eventuali crediti di imposta riconosciuti sui dividendi o sui proventi derivanti dalla gestione delle quote di OICR presenti nel Fondo Interno concorrono ad incrementare il valore del Fondo Interno a partire dalla data in cui sono maturati.

Art. 5 – Valore unitario della Quota e sua pubblicazione. Il valore unitario della Quota viene calcolato ogni settimana dividendo il valore complessivo netto del Fondo Interno, calcolato secondo l'Art. 4 del presente Regolamento, per il numero complessivo di Quote costituenti il patrimonio, entrambi relativi al giorno di calcolo, cioè al primo giorno lavorativo precedente a quello di investimento e di attribuzione delle Quote.

Il valore unitario della Quota è pubblicato ogni giorno su "Il Sole 24 Ore" con indicazione della relativa data di riferimento. Il valore unitario della Quota è al netto di qualsiasi onere a carico del Fondo Interno.

Art. 6 – Revisione contabile del Fondo Interno.

La gestione del Fondo Interno è annualmente sottoposta a revisione contabile da parte di una Società di revisione iscritta all'albo di cui al D.P.R. n. 136 del 31/03/1975 che accerta la rispondenza della gestione al presente Regolamento ed attesta l'adeguatezza delle attività gestite rispetto agli impegni assunti sulla base delle riserve matematiche, e la determinazione del valore unitario della Quota.

Art. 7 – Modifiche al presente Regolamento.

La Compagnia si riserva di apportare quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito dei cambiamenti della normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali, con esclusione di quelle meno favorevoli per il Contraente/Assicurato.

Tali modifiche verranno trasmesse con tempestività all'ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo), con evidenza degli effetti sui Contraenti/Assicurati, e comunicate al Contraente/Assicurato stesso. È fatto, comunque, salvo il diritto di recesso del Contraente/Assicurato ai sensi e per gli effetti dell'Art. 31 delle Condizioni di Assicurazione.

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.

VALORE INIZIALE DELLA RENDITA VITALIZIA ANNUA POSTICIPATA PER 1,00 EURO DI CONTROVALORE A SCADENZA

Tavola demografica utilizzata: **RG48** (rielaborazione della tavola pubblicata dalla Ragioneria Generale dello Stato nel 1995).

Tasso di interesse tecnico annuo riconosciuto: **2%**.

Spese per il servizio di erogazione della rendita: **1,25%**.

RATEAZIONE DELLA RENDITA: ANNUALE

ETÀ DI ACCESSO ALLA PRESTAZIONE	MASCHI				FEMMINE			
	Nati oltre il 31/12/1965	Nati dal 01/01/1952 al 31/12/1965	Nati dal 01/01/1942 al 31/12/1951	Nati fino al 31/12/1941	Nate oltre il 31/12/1964	Nate dal 01/01/1951 al 31/12/1964	Nate dal 01/01/1944 al 31/12/1950	Nate fino al 31/12/1943
50	0,04060	0,04140			0,03677	0,03737		
51	0,04140	0,04225			0,03737	0,03801		
52	0,04225	0,04315			0,03801	0,03869		
53	0,04315	0,04410			0,03869	0,03940		
54	0,04410	0,04511			0,03940	0,04016		
55	0,04511	0,04618			0,04016	0,04095		
56	0,04618	0,04733	0,04854		0,04095	0,04180		
57	0,04733	0,04854	0,04984		0,04180	0,04271	0,04366	
58	0,04854	0,04984	0,05122		0,04271	0,04366	0,04469	
59	0,04984	0,05122	0,05270		0,04366	0,04469	0,04578	
60	0,05122	0,05270	0,05429		0,04469	0,04578	0,04695	
61	0,05270	0,05429	0,05600		0,04578	0,04695	0,04820	
62	0,05429	0,05600	0,05784		0,04695	0,04820	0,04954	
63	0,05600	0,05784	0,05982		0,04820	0,04954	0,05099	
64	0,05784	0,05982	0,06197		0,04954	0,05099	0,05254	0,05422
65	0,05982	0,06197	0,06428		0,05099	0,05254	0,05422	0,05604
66	0,06197	0,06428	0,06679	0,06952	0,05254	0,05422	0,05604	0,05801
67	0,06428	0,06679	0,06952	0,07249	0,05422	0,05604	0,05801	0,06015
68	0,06679	0,06952	0,07249	0,07572	0,05604	0,05801	0,06015	0,06249
69	0,06952	0,07249	0,07572	0,07926	0,05801	0,06015	0,06249	0,06506
70	0,07249	0,07572	0,07926	0,08313	0,06015	0,06249	0,06506	0,06787
71	0,07572	0,07926	0,08313	0,08738	0,06249	0,06506	0,06787	0,07096
72	0,07926	0,08313	0,08738	0,09204	0,06506	0,06787	0,07096	0,07437
73	0,08313	0,08738	0,09204	0,09717	0,06787	0,07096	0,07437	0,07816
74	0,08738	0,09204	0,09717	0,10281	0,07096	0,07437	0,07816	0,08236
75	0,09204	0,09717	0,10281	0,10903	0,07437	0,07816	0,08236	0,08703

Per ottenere il valore iniziale della rendita vitalizia annuale, da corrispondere finché il Contraente/Assicurato è in vita, occorre moltiplicare il controvalore delle Quote assegnate al contratto alla scadenza (e valorizzate come previsto all'Art. 21) per il coefficiente corrispondente al sesso, all'età di accesso alla prestazione e alla data di nascita del Contraente/Assicurato.

VALORE INIZIALE DELLA RENDITA VITALIZIA ANNUA POSTICIPATA PER 1,00 EURO DI CONTROVALORE A SCADENZA

Tavola demografica utilizzata: **RG48** (rielaborazione della tavola pubblicata dalla Ragioneria Generale dello Stato nel 1995).

Tasso di interesse tecnico annuo riconosciuto: **2%**.

Spese per il servizio di erogazione della rendita: **1,25%**.

RATEAZIONE DELLA RENDITA: SEMESTRALE

ETÀ DI ACCESSO ALLA PRESTAZIONE	MASCHI				FEMMINE			
	Nati oltre il 31/12/1965	Nati dal 01/01/1952 al 31/12/1965	Nati dal 01/01/1942 al 31/12/1951	Nati fino al 31/12/1941	Nate oltre il 31/12/1964	Nate dal 01/01/1951 al 31/12/1964	Nate dal 01/01/1944 al 31/12/1950	Nate fino al 31/12/1943
50	0,04020	0,04098			0,03643	0,03703		
51	0,04098	0,04181			0,03703	0,03765		
52	0,04181	0,04269			0,03765	0,03832		
53	0,04269	0,04362			0,03832	0,03902		
54	0,04362	0,04461			0,03902	0,03976		
55	0,04461	0,04566			0,03976	0,04054		
56	0,04566	0,04677	0,04796		0,04054	0,04137		
57	0,04677	0,04796	0,04923		0,04137	0,04225	0,04319	
58	0,04796	0,04923	0,05057		0,04225	0,04319	0,04419	
59	0,04923	0,05057	0,05202		0,04319	0,04419	0,04526	
60	0,05057	0,05202	0,05357		0,04419	0,04526	0,04640	
61	0,05202	0,05357	0,05523		0,04526	0,04640	0,04763	
62	0,05357	0,05523	0,05702		0,04640	0,04763	0,04894	
63	0,05523	0,05702	0,05894		0,04763	0,04894	0,05035	
64	0,05702	0,05894	0,06102		0,04894	0,05035	0,05186	0,05350
65	0,05894	0,06102	0,06326		0,05035	0,05186	0,05350	0,05526
66	0,06102	0,06326	0,06569	0,06833	0,05186	0,05350	0,05526	0,05718
67	0,06326	0,06569	0,06833	0,07120	0,05350	0,05526	0,05718	0,05926
68	0,06569	0,06833	0,07120	0,07432	0,05526	0,05718	0,05926	0,06153
69	0,06833	0,07120	0,07432	0,07772	0,05718	0,05926	0,06153	0,06401
70	0,07120	0,07432	0,07772	0,08144	0,05926	0,06153	0,06401	0,06673
71	0,07432	0,07772	0,08144	0,08551	0,06153	0,06401	0,06673	0,06972
72	0,07772	0,08144	0,08551	0,08997	0,06401	0,06673	0,06972	0,07302
73	0,08144	0,08551	0,08997	0,09486	0,06673	0,06972	0,07302	0,07666
74	0,08551	0,08997	0,09486	0,10024	0,06972	0,07302	0,07666	0,08069
75	0,08997	0,09486	0,10024	0,10614	0,07302	0,07666	0,08069	0,08518

Per ottenere il valore iniziale della rendita vitalizia, da corrispondere finché il Contraente/Assicurato è in vita, occorre moltiplicare il controvalore delle Quote assegnate al contratto alla scadenza (e valorizzate come previsto all'Art. 21) per il coefficiente corrispondente al sesso, all'età di accesso alla prestazione e alla data di nascita del Contraente/Assicurato.

VALORE INIZIALE DELLA RENDITA VITALIZIA ANNUA POSTICIPATA PER 1,00 EURO DI CONTROVALORE A SCADENZA

Tavola demografica utilizzata: **RG48** (rielaborazione della tavola pubblicata dalla Ragioneria Generale dello Stato nel 1995).

Tasso di interesse tecnico annuo riconosciuto: **2%**.

Spese per il servizio di erogazione della rendita: **1,25%**.

RATEAZIONE DELLA RENDITA: TRIMESTRALE

ETÀ DI ACCESSO ALLA PRESTAZIONE	MASCHI				FEMMINE			
	Nati oltre il 31/12/1965	Nati dal 01/01/1952 al 31/12/1965	Nati dal 01/01/1942 al 31/12/1951	Nati fino al 31/12/1941	Nate oltre il 31/12/1964	Nate dal 01/01/1951 al 31/12/1964	Nate dal 01/01/1944 al 31/12/1950	Nate fino al 31/12/1943
50	0,03999	0,04077			0,03627	0,03686		
51	0,04077	0,04159			0,03686	0,03748		
52	0,04159	0,04246			0,03748	0,03813		
53	0,04246	0,04338			0,03813	0,03883		
54	0,04338	0,04436			0,03883	0,03956		
55	0,04436	0,04540			0,03956	0,04034		
56	0,04540	0,04650	0,04768		0,04034	0,04116		
57	0,04650	0,04768	0,04893		0,04116	0,04203	0,04296	
58	0,04768	0,04893	0,05026		0,04203	0,04296	0,04395	
59	0,04893	0,05026	0,05168		0,04296	0,04395	0,04501	
60	0,05026	0,05168	0,05321		0,04395	0,04501	0,04614	
61	0,05168	0,05321	0,05485		0,04501	0,04614	0,04735	
62	0,05321	0,05485	0,05661		0,04614	0,04735	0,04864	
63	0,05485	0,05661	0,05851		0,04735	0,04864	0,05003	
64	0,05661	0,05851	0,06056		0,04864	0,05003	0,05153	0,05314
65	0,05851	0,06056	0,06277		0,05003	0,05153	0,05314	0,05489
66	0,06056	0,06277	0,06516	0,06775	0,05153	0,05314	0,05489	0,05677
67	0,06277	0,06516	0,06775	0,07057	0,05314	0,05489	0,05677	0,05883
68	0,06516	0,06775	0,07057	0,07363	0,05489	0,05677	0,05883	0,06106
69	0,06775	0,07057	0,07363	0,07697	0,05677	0,05883	0,06106	0,06351
70	0,07057	0,07363	0,07697	0,08062	0,05883	0,06106	0,06351	0,06618
71	0,07363	0,07697	0,08062	0,08460	0,06106	0,06351	0,06618	0,06912
72	0,07697	0,08062	0,08460	0,08897	0,06351	0,06618	0,06912	0,07236
73	0,08062	0,08460	0,08897	0,09375	0,06618	0,06912	0,07236	0,07593
74	0,08460	0,08897	0,09375	0,09900	0,06912	0,07236	0,07593	0,07989
75	0,08897	0,09375	0,09900	0,10475	0,07236	0,07593	0,07989	0,08428

Per ottenere il valore iniziale della rendita vitalizia, da corrispondere finché il Contraente/Assicurato è in vita, occorre moltiplicare il controvalore delle Quote assegnate al contratto alla scadenza (e valorizzate come previsto all'Art. 21) per il coefficiente corrispondente al sesso, all'età di accesso alla prestazione e alla data di nascita del Contraente/Assicurato.

SCEGLIERE È UN PRODOTTO DI
BPV VITA S.p.A.



BPV VITA S.P.A. - SEDE LEGALE: VIA MEUCCI, 5 - 37135 VERONA (ITALIA) - DIREZIONE OPERATIVA: VIA PIRANDELLO, 37 - 37138 VERONA (ITALIA) - TEL. 0458 391 111 - FAX 0458 391 112
CODICE FISCALE/P.I. E N. DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DELLE IMPRESE DI VERONA 03035950231 - R.E.A. VERONA N. 304197 - CAPITALE SOCIALE EURO 57.600.000 INTERAMENTE
VERSATO - IMPRESA AUTORIZZATA ALL'ESERCIZIO DELLE ASSICURAZIONI CON PROVVEDIMENTO ISVAP N. 1762 DEL 21 DICEMBRE 2000 - G.U. N. 1 DEL 2 GENNAIO 2001

