



# Pramerica

Contratto di Assicurazione di Capitale Differito Rivalutabile e Temporanea Caso Morte a capitale costante e premio annuo costante, con possibilità di Garanzie Aggiuntive e Versamenti Integrativi a premio unico

## Pramerica Term Plus

**Il presente Set Informativo, contenente:**

- Documento contenente le informazioni chiave (KID)
- DIP Aggiuntivo IBIP
- Condizioni di assicurazione, comprensive del Regolamento della gestione interna separata
- Modulo Proposta di Assicurazione

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente il KID e il DIP Aggiuntivo IBIP.**

Edizione 01/19

## Pramerica Life S.p.A.

Una Società controllata, coordinata e diretta  
da Prudential Financial Inc. USA - Socio Unico

# SET INFORMATIVO

## “Pramerica Term Plus”

---

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DI CAPITALE DIFFERITO RIVALUTABILE E TEMPORANEA  
CASO MORTE A CAPITALE COSTANTE E PREMIO ANNUO COSTANTE, CON POSSIBILITÀ DI  
GARANZIE AGGIUNTIVE E VERSAMENTI INTEGRATIVI A PREMIO UNICO

Il presente Set Informativo, contenente:

Documento contenente le informazioni chiave (KID)	Pag. 4
DIP Aggiuntivo IBIP	Pag. 7
Condizioni di assicurazione comprensive del Regolamento della Gestione interna separata	Pag. 15
Modulo Proposta di Assicurazione	(Allegato)

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente il KID e il DIP Aggiuntivo IBIP.**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.L. 7 Settembre 2005 n. 209), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie o oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono stampati con formato del carattere **grassetto** e sono da intendersi di particolare rilevanza ed evidenza. La stessa modalità di evidenziazione è stata utilizzata in ossequio a quanto previsto da altre disposizioni di legge o regolamentari in materia di assicurazione sulla vita.

# INDICE

---

Documento contenente le informazioni chiave (KID)	Pag. 4
DIP Aggiuntivo IBIP	Pag. 7
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	Pag. 15
ALLEGATI	
Allegato 1 - MODULO PROPOSTA DI ASSICURAZIONE	(Allegato)

**SCOPO**

Il presente documento contiene informazioni chiave relative a questo prodotto d'investimento. Non si tratta di un documento promozionale. Le informazioni, prescritte per legge, hanno lo scopo di aiutarvi a capire le caratteristiche, i rischi, i costi, i guadagni e le perdite potenziali di questo prodotto e di aiutarvi a fare un raffronto con altri prodotti d'investimento.

**PRODOTTO****PRAMERICA TERM PLUS**

Prodotto ideato da Pramerica Life S.p.A. a socio unico (di seguito "Pramerica") – Società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial Inc.\* (USA).

Sito web: [www.pramerica.com](http://www.pramerica.com) - Per ulteriori informazioni chiamare il numero verde 800.83.30.12.

Pramerica Life S.p.A. è una compagnia assicurativa autorizzata in Italia e regolamentata da IVASS ed è soggetta alla vigilanza di CONSOB per il documento contenente le informazioni chiave.

Data di redazione: 01/01/2019.

\*Prudential Financial Inc. degli Stati Uniti (USA) non ha alcun legame con Prudential Plc, società con sede nel Regno Unito (UK).

**COS'E' QUESTO PRODOTTO?****Tipo**

**PRAMERICA TERM PLUS** è un'assicurazione di capitale differito rivalutabile semestralmente e temporanea caso morte a premio annuo costante e possibilità di garanzie complementari e versamenti integrativi a premio unico con controassicurazione.

**Obiettivi**

Il presente contratto nasce per rispondere alle esigenze di soggetti che desiderano un prodotto che offra una copertura di molteplici rischi relativi alla durata della vita umana nonché di eventi attinenti malattie gravi. Il contratto prevede infatti il pagamento di un capitale differito rivalutato all'Assicurato stesso in caso di vita alla scadenza della durata contrattuale e in caso di premorienza nel corso della durata contrattuale, il pagamento di un capitale al Beneficiario designato.

La presente forma assicurativa è collegata ad una specifica gestione patrimoniale separata denominata "Fondo Pramerica Financial" e ha come finalità quella di conservare il capitale rivalutato nel tempo mediante il consolidamento in polizza dei risultati ottenuti semestralmente.

Il risultato della gestione viene semestralmente attribuito al contratto trattenendo una percentuale del rendimento (variabile in base al premio annuo, 1,4%). La misura annua di rivalutazione è uguale al rendimento riconosciuto agli Assicurati diminuito del tasso tecnico (0,75%) già considerato nel calcolo del premio.

Il fondo investe principalmente in titoli obbligazionari e governativi denominati in euro con una componente azionaria limitata ad un massimo del 10% del portafoglio totale.

**Investitori al dettaglio a cui si intende commercializzare il prodotto**

Il target market di riferimento è composto da soggetti con un'età compresa fra 18 e 80 anni, un orizzonte temporale di investimento di medio-lungo periodo, un livello di propensione al rischio basso, un'esperienza in materia di strumenti finanziari bassa, una bassa probabilità di ricorrere ad un disinvestimento anticipato rispetto al periodo di detenzione raccomandato, che intendono perseguire attraverso il contratto finalità di protezione e che privilegiano investimenti volti soprattutto ad una costante redditività ed a favorire il consolidamento della posizione individuale maturata, attraverso la partecipazione al rendimento di una gestione separata.

Tale gestione risponde alle esigenze di un soggetto che intende lasciare ai Beneficiari un supporto immediato in caso di premorienza, consentendo la gestione delle conseguenze economiche tramite l'accantonamento di una somma di denaro, utile ad affrontare le esigenze future.

**Prestazioni assicurative e costi**

**PRAMERICA TERM PLUS** prevede, in caso di vita dell'Assicurato al termine della durata contrattuale, il pagamento all'Assicurato stesso del capitale differito rivalutato e in caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale il pagamento di un capitale al Beneficiario designato.

Il valore delle prestazioni sopra indicate è riportato negli scenari di performance di cui alla sezione "Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?".

Coerentemente con l'investitore medio al dettaglio individuato (40 anni di età e durata del periodo pagamento premi di 15 anni), si precisa che, per un premio complessivo pari a 1.000 Euro l'anno, 92,97 Euro sono relativi al premio per il rischio biometrico (rischio di mortalità). L'impatto del premio per il rischio biometrico sul rendimento dell'investimento alla fine del periodo di detenzione raccomandato è pari al 1,38% per anno.

Il contratto prevede un numero di versamenti periodici pari alla durata del periodo di pagamento dei premi (e comunque variabile in base a frazionamento eventualmente scelto); si stima che il premio medio per il rischio biometrico sia pari al 9,3% del premio annuo e che l'importo medio investito sia pari a 1.000 Euro l'anno.

**Durata**

Il contratto prevede una durata minima di 5 anni e una durata massima di 40 anni. Pramerica non può estinguere unilateralmente il contratto.

**QUALI SONO I RISCHI E QUAL E' IL POTENZIALE RENDIMENTO?**
**Indicatore di rischio**

1	2	3	4	5	6	7
<b>Rischio più basso</b> ← ..... → <b>Rischio più alto</b>						

L'indicatore di rischio presuppone che il prodotto sia mantenuto per 15 anni.

Il rischio effettivo può variare in misura significativa rispetto a quello presentato nell'indicatore sintetico in caso di disinvestimento in una fase iniziale e la somma rimborsata potrebbe essere minore. Potrebbe infatti non essere possibile disinvestire anticipatamente e in ogni caso potrebbe essere necessario sostenere notevoli costi supplementari per farlo.

L'indicatore sintetico di rischio è un'indicazione orientativa del livello di rischio di questo prodotto rispetto ad altri prodotti di tipo analogo. Esso esprime la probabilità che il prodotto subisca perdite monetarie a causa di movimenti sul mercato o a causa della nostra incapacità di pagarvi quanto dovuto.

Abbiamo classificato questo prodotto al livello 3 su 7, che corrisponde alla classe di rischio medio-bassa. Ciò significa che le perdite potenziali dovute alla performance futura del prodotto sono classificate nel livello 3 (medio-basso) e che è improbabile che le cattive condizioni di mercato influenzino la capacità di Pramerica di pagarvi quanto dovuto.

Avete diritto alla restituzione di almeno il 100% del capitale assicurato determinato in funzione della data di scadenza o della data del sinistro, al netto dei caricamenti. Qualsiasi importo superiore a quello indicato e qualsiasi rendimento aggiuntivo dipendono dalla performance futura del mercato e sono incerti. Tuttavia, questa protezione dalla performance futura del mercato non si applicherà in caso di disinvestimento prima del periodo di detenzione raccomandato o di mancato puntuale pagamento.

Se Pramerica non fosse in grado di pagarvi quanto dovuto, potreste perdere il vostro intero investimento. In ogni caso si precisa che gli attivi a copertura degli impegni sono utilizzati per soddisfare gli obblighi derivanti dal contratto con priorità rispetto a tutti gli altri creditori.

**Scenari di performance**

Investimento 1.000 Euro Premio Assicurativo 92,97 Euro		1 ANNO*	8 ANNI	15 ANNI (periodo di detenzione raccomandato)
<b>Scenari di sopravvivenza</b>				
Scenario di stress	Possibile rimborso al netto dei costi	0,00	5.773,42	12.979,15
	Rendimento medio per ciascun anno	0,00%	-7,30%	-1,83%
Scenario sfavorevole	Possibile rimborso al netto dei costi	0,00	6.124,61	13.791,78
	Rendimento medio per ciascun anno	0,00%	-5,97%	-1,06%
Scenario moderato	Possibile rimborso al netto dei costi	0,00	6.139,64	13.891,13
	Rendimento medio per ciascun anno	0,00%	-5,92%	-0,97%
Scenario favorevole	Possibile rimborso al netto dei costi	0,00	6.169,63	14.109,17
	Rendimento medio per ciascun anno	0,00%	-5,81%	-0,77%
Importo investito cumulato		1.000,00	8.000,00	15.000,00
<b>Scenario di morte</b>				
Evento Assicurato	Possibile rimborso a favore dei vostri beneficiari al netto dei costi	43.323,06	43.323,06	43.323,06
<b>Premio Assicurativo cumulato</b>		92,97	743,76	1.394,55

*\*non è possibile disinvestire prima che siano trascorsi almeno 3 anni dalla data di decorrenza del contratto.*

Questa tabella mostra gli importi dei possibili rimborsi nei prossimi 15 anni, in scenari diversi, ipotizzando un investimento di 1.000 Euro l'anno.

Gli scenari presentati mostrano la possibile performance dell'investimento. Possono essere confrontati con gli scenari di altri prodotti.

Gli scenari presentati sono una stima della performance futura sulla base di prove relative alle variazioni passate del valore di questo investimento e non sono un indicatore esatto. Gli importi dei rimborsi varieranno a seconda della performance del mercato e del periodo di tempo per cui è mantenuto il prodotto.

Lo scenario di stress indica quale potrebbe essere l'importo rimborsato in circostanze di mercato estreme e non tiene conto della situazione in cui non siamo in grado di pagarvi.

Le cifre riportate comprendono tutti i costi del prodotto in quanto tale e comprendono i costi da voi pagati al consulente o al distributore. Le cifre non tengono conto della vostra situazione fiscale personale, che può incidere anch'essa sull'importo del rimborso.

**COSA ACCADE SE PRAMERICA NON E' IN GRADO DI CORRISPONDERE QUANTO DOVUTO?**

In caso di insolvenza di Pramerica, gli attivi a copertura degli impegni detenuti dalla Compagnia saranno utilizzati per soddisfare con priorità rispetto a tutti gli altri creditori i crediti derivanti dal contratto, al netto delle spese necessarie alla procedura di liquidazione.

È comunque possibile che in caso di insolvenza della Compagnia il contraente/beneficiario possa perdere l'intero o una parte del valore dell'investimento. Non esiste alcuno schema di garanzia pubblico o privato che possa compensare in tutto o in parte eventuali perdite.

**QUALI SONO I COSTI?**

La diminuzione del rendimento (Reduction in Yield - RIY) esprime l'impatto dei costi totali sostenuti sul possibile rendimento dell'investimento. I costi totali tengono conto dei costi una tantum, correnti. Gli importi qui riportati corrispondono ai costi cumulativi del prodotto in 3 periodi di detenzione differenti e comprendono le potenziali penali per uscita anticipata. Questi importi si basano sull'ipotesi che siano investiti Euro 1.000. Gli importi sono stimati e potrebbero cambiare in futuro.

**Andamento dei costi nel tempo**

La persona che vende questo prodotto o fornisce consulenza riguardo ad esso potrebbe addebitare altri costi, nel qual caso deve fornire informazioni su tali costi e illustrare l'impatto di tutti i costi sull'investimento nel tempo.

Investimento 1.000 Euro			
Scenari	In caso di disinvestimento dopo 1 anno*	In caso di disinvestimento dopo 8 anni	In caso di disinvestimento dopo 15 anni (alla fine periodo di detenzione raccomandato)
<b>Costi totali</b>	0,00	3.192,41	5.660,44
Impatto sul rendimento (RIY) per anno	0,00%	9,33%	4,21%

*\*non è possibile disinvestire prima che siano trascorsi almeno 3 anni dalla data di decorrenza del contratto.*

**Composizione dei costi**

La seguente tabella presenta:

- l'impatto, per ciascun anno, dei differenti tipi di costi sul possibile rendimento dell'investimento alla fine del periodo di detenzione raccomandato;
- il significato delle differenti categorie di costi.

QUESTA TABELLA PRESENTA L'IMPATTO SUL RENDIMENTO PER ANNO			
COSTI UNA TANTUM	Costi di ingresso	0,0 %	Impatto dei costi da sostenere al momento della sottoscrizione dell'investimento. Questo è l'importo massimo che si paga; si potrebbe pagare di meno. Questo importo comprende i costi di distribuzione del prodotto.
	Costi di uscita	0,0 %	Impatto dei costi di uscita dall'investimento alla fine del periodo di detenzione raccomandato.
COSTI CORRENTI	Costi di transazione del portafoglio	0,0 %	Impatto dei nostri costi di acquisto e vendita degli investimenti sottostanti per il prodotto.
	Altri costi correnti	4,21 %	Impatto dei costi che tratteniamo ogni anno per gestire i vostri investimenti.

**PER QUANTO TEMPO DEVO DETENERLO? POSSO RITIRARE IL CAPITALE PREMATURAMENTE?**

**Periodo di detenzione raccomandato coerentemente con l'investitore medio al dettaglio individuato (40 anni di età e durata del periodo pagamento premi di 15 anni): 15 anni (minimo richiesto: 3 anni).**

Si consiglia in ogni caso di detenere il prodotto sino alla scadenza contrattuale. E' prevista la possibilità di disinvestire prima della scadenza qualora siano trascorsi almeno 3 anni dalla data di decorrenza del contratto e siano state regolarmente pagate 3 annualità di premio. In caso di disinvestimento prima del periodo di detenzione raccomandato l'investitore sopporta il rischio di ottenere un importo inferiore ai premi versati per effetto delle penalità applicate (le penalità di riscatto decrescono in funzione del tempo che manca al termine del periodo di durata pagamento premi scelto in fase di sottoscrizione del contratto). In caso di disinvestimento prima dei 3 anni i premi versati resteranno acquisiti da Pramerica.

Pramerica tratterà la somma di 50 Euro a titolo di spese di liquidazione in caso di richiesta di disinvestimento anticipato.

Si precisa che in ogni caso il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima del perfezionamento del contratto o recedere dallo stesso entro 30 giorni dalla data di perfezionamento.

**COME PRESENTARE RECLAMI?**

Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la condotta di Pramerica e/o dell'intermediario devono essere inoltrati per iscritto a:

Pramerica Life S.p.A. – Ufficio Gestione Reclami, Piazza della Repubblica, 14 – 20124 Milano.

Sito web: [www.pramerica.com/it/gestione-reclami](http://www.pramerica.com/it/gestione-reclami). Indirizzo di posta elettronica: [gestione.reclami@pramerica.it](mailto:gestione.reclami@pramerica.it).

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia, a:

IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 — 00187 Roma - Fax 06.42133206 - PEC: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it)

**ALTRE INFORMAZIONI RILEVANTI**

Ulteriori informazioni riguardanti Pramerica, il Set Informativo, i Prospetti di Composizione ed i Rendiconti Riepilogativi del "Fondo Pramerica Financial", sono disponibili sul sito web [www.pramerica.com/it](http://www.pramerica.com/it) e in ogni caso saranno fornite prima della sottoscrizione del contratto. Si rinvia in particolare alla documentazione relativa al prodotto per maggiori dettagli relativi alle coperture complementari, alle opzioni esercitabili e per quanto riguarda gli eventuali periodi di carenza.

Per ulteriori informazioni e chiarimenti potete rivolgervi direttamente al numero verde 800.83.30.12.

Si ricorda che il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima del perfezionamento del contratto e può recedere entro trenta giorni dalla data in cui lo stesso si è perfezionato.

I prodotti ideati da Pramerica sono soggetti alla legislazione fiscale italiana che può avere impatto sulla vostra posizione fiscale.

Pramerica può essere ritenuta responsabile esclusivamente sulla base delle dichiarazioni contenute nel presente documento che risultano fuorvianti, inesatte o non conformi alle parti pertinenti dei documenti precontrattuali e contrattuali giuridicamente vincolanti.

# Contratto di Assicurazione di Capitale Differito Rivalutabile e Temporanea Caso Morte a capitale costante e premio annuo costante, con possibilità di Garanzie Aggiuntive e Versamenti Integrativi a premio unico



## Documento informativo precontrattuale per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo IBIP)

**Compagnia:** Pramerica Life S.p.A.

**Prodotto:** Pramerica Term Plus  
**Contratto Rivalutabile:** Ramo Assicurativo I

Data realizzazione documento: 01/01/2019

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento contenente le informazioni chiave per i prodotti di investimento assicurativo (KID) per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

### Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

**Pramerica Life S.p.A.** – Società per Azioni con unico socio – società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial, Inc USA, Piazza della Repubblica n. 14 – 20124 Milano; Tel. 02 722581; Sito Internet: [www.pramerica.com](http://www.pramerica.com); Email: [info@pramerica.it](mailto:info@pramerica.it); PEC: [pramerica@legalmail.it](mailto:pramerica@legalmail.it).

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 14/03/1990 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19/03/1990. Iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.00086.

Il patrimonio netto di Pramerica Life S.p.A. ammonta a € 53 milioni al 31.12.2017, di cui il capitale sociale è pari ad € 12,5 milioni e le riserve patrimoniali ammontano a € 40,5 milioni. L'indice di solvibilità di Pramerica, determinato in applicazione della normativa Solvency II, è pari al 264,00% che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Al contratto si applica la legge italiana.



## Quali sono le prestazioni?

Oltre a quanto indicato nel KID – Documento contenente le informazioni chiave – sono espone di seguito maggiori informazioni.

### Garanzie principali:

- ✓ **Capitale Differito** – che garantisce in caso di vita dell'Assicurato il pagamento allo stesso di un capitale rivalutato;
- ✓ **Temporanea caso morte** – che garantisce in caso di decesso dell'Assicurato un capitale al beneficiario designato in polizza.

Il **Decesso** è coperto senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione e sport dell'Assicurato.

### Garanzia integrativa – facoltativa:

- ✓ **Versamenti Integrativi:** assicurazione integrativa per il caso di vita dell'Assicurato;

### Garanzie aggiuntive – facoltative:

- ✓ **Malattie Gravi (c.d. Critical Illnes – CRILL)**, tali si intendono: il cancro, l'infarto miocardico e l'ictus cerebro-vascolare;
- ✓ **Non Autosufficienza (c.d. Long Term Care – LTC)**;
- ✓ **Beneficio in vita (c.d. Living Needs Benefits)**;
- ✓ **Esonero pagamento premi (INVEP):** in caso di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato è previsto l'esonero dal pagamento dei premi residui;
- ✓ **Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP).**



Il Contraente ha la possibilità di modificare i termini del contratto mediante l'esercizio delle seguenti opzioni contrattuali:

- Opzione di conversione del capitale in rendita;
- Opzione di differimento automatico di scadenza: in caso di vita dell'Assicurato, alla scadenza contrattuale, è possibile richiedere il differimento del capitale pagabile all'Assicurato;
- Opzione Long Term Care (LTC): in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, è possibile richiedere la conversione totale o parziale del capitale in una copertura assicurativa che garantisce una rendita vitalizia mensile pagabile all'Assicurato in caso di "non autosufficienza", sua vita natural durante;
- Opzione di Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP);
- Opzione in caso di morte;
- Opzione Flash Benefit: in caso di morte dell'Assicurato, è possibile richiedere il pagamento anticipato pagabile al Beneficiario, entro 48 ore dal ricevimento della documentazione richiesta, di un importo pari al 25% della prestazione caso morte, con un massimo di 20.000,00 euro.

È previsto un capitale minimo assicurabile in caso di morte pari ad euro 100.000.



## Che cosa NON è assicurato?

### Rischi esclusi

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ alla scadenza dell'Assicurazione abbiano un'età superiore a 85 anni.

Le garanzie **Decesso, Malattia Grave, Invalidità Funzionale Grave e Permanente, Beneficio in vita, Invalidità Totale e Permanente** non operano in caso di:

- ✗ dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari; l'arrivo dell'Assicurato in un paese in situazione di guerra o simili o l'insorgenza di detta situazione comporta dopo 14 giorni l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa. La copertura non opererà tuttavia per l'incidente di volo;
- ✗ incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo anche se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ✗ suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- ✗ eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- ✗ guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi.

La garanzia **Non Autosufficienza** non opera in caso di:

- ✗ dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, etc);
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali;
- ✗ atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
- ✗ atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- ✗ infortunio che avvenga quando l'Assicurato si trova in stato di ebbrezza caratterizzato da un tasso alcolico uguale o superiore al tasso autorizzato dal codice della strada in vigore alla data del sinistro;
- ✗ malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- ✗ rifiuto di seguire le prescrizioni mediche;
- ✗ incidente aereo tranne se in qualità di passeggero di una linea aerea debitamente abilitata al trasporto pubblico dei passeggeri e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio;
- ✗ contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- ✗ sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;

- ✗ pratica delle seguenti attività sportive, alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob, slittino;
- ✗ partecipazione dell'Assicurato a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- ✗ svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

La garanzia **Invalidità Totale e Permanente** non opera in caso di:

- ✗ tentato suicidio;
- ✗ infortunio aereo, comunque verificatosi, sia in volo che a terra dipendente da attività professionale aeronautica, militare o civile del Contraente;
- ✗ cause di guerra.



## Ci sono limiti di copertura?

! La garanzia **Decesso** è sottoposta ad un periodo di carenza di 5 anni, quando l'Assicurato non si sia sottoposto al test HIV e la morte sia dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da altra patologia ad essa collegata. Qualora, però, il Contratto di Assicurazione risulti in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia liquiderà il solo importo dei premi versati al netto dei costi sostenuti da quest'ultima.



## Che obblighi ho? / Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di evento?

**Denuncia:** in caso di sinistro deve essere presentata alla Compagnia denuncia scritta alla quale devono essere allegate sia la dichiarazione del medico curante attestante lo stato di salute dell'Assicurato sia la documentazione sanitaria relativa all'evento.

**Prescrizione:** si precisa che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione relativamente alle "garanzie vita" prestate dalla Compagnia si prescrivono in 10 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. In caso di omessa richiesta da parte degli aventi diritto entro detto termine, la Compagnia avrà l'obbligo di devolvere l'importo dovuto al Fondo per le Vittime delle Frodi Finanziarie, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

**Erogazione della prestazione:** verificata la sussistenza del diritto alla liquidazione, la Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta, comprensiva di quella necessaria all'individuazione, identificazione e verifica dei dati del Beneficiario. Decorso tale termine il Beneficiario può richiedere gli interessi moratori a partire dal termine stesso.

### Dichiarazioni inesatte o reticenti

Le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato devono essere esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare da parte della Compagnia:

- a. nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:
  - il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento;
  - la contestazione della validità del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui la Compagnia stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- b. nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:
  - la riduzione, in caso di sinistro, del capitale assicurato in relazione al maggior rischio accertato;
  - la facoltà di recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;



## Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	<p>Il presente contratto prevede il pagamento di premi annui costanti, frazionabili in rate mensili, trimestrali o semestrali. Il pagamento del premio di sottoscrizione può essere effettuato tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- assegno (non trasferibile) intestato a Pramerica Life S.p.A.;</li><li>- Bonifico Bancario /Postale a favore di Pramerica Life S.p.A.;</li><li>- Bancomat e/o Carta di credito;</li><li>- Bollettino MAV.</li></ul> <p>Il Contraente paga i premi successivi mediante addebito sul proprio conto corrente bancario/postale. Qualora il Contraente non sia titolare di un conto corrente bancario/postale il premio potrà essere corrisposto con la modalità "Bollettino MAV" (in questo caso il premio non può essere frazionato).</p> <p>L'importo del premio si determina in base alla durata del contratto, all'ammontare delle prestazioni, alle eventuali Garanzie Aggiuntive, all'età, allo stato di salute e alle abitudini di vita (professione, sport) dell'Assicurato.</p>
<b>Rimborso</b>	Non sono previsti casi di rimborso del premio.
<b>Sconti</b>	Non sono previsti sconti sul premio.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<p>La copertura assicurativa entra in vigore alle ore 24 del giorno di decorrenza indicata in proposta e in polizza, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio, che l'incasso sia andato a buon fine e che la proposta, i documenti allegati ed il relativo questionario anamnestico siano stati compilati e sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato in ogni loro parte. Se il versamento della prima rata di premio è effettuato dopo la data indicata in proposta, il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento.</p> <p>Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato dovesse avvenire tra l'entrata in vigore della copertura assicurativa e la data di perfezionamento del contratto, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- l'intero capitale indicato nella proposta di polizza, oppure</li><li>- l'eventuale capitale ridotto correlato al nuovo premio risultante dalla differenza tra il premio iniziale ed il premio aumentato dell'eventuale sovrappremio che la Compagnia, nell'accettare la proposta, avrebbe richiesto in considerazione delle attività professionali e/o sportive svolte dall'Assicurato, e/o in considerazione delle condizioni di salute dello stesso dichiarate in proposta.</li></ul> <p>Per i contratti che prevedono la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari, la copertura assicurativa entra in vigore, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio e che l'incasso sia andato a buon fine:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- alle ore 24 del giorno in cui il documento di polizza è emesso dalla Compagnia;</li><li>- alle ore 24 del giorno di decorrenza, indicata in proposta e polizza, qualora sia successivo a quello di emissione del documento di polizza.</li></ul> <p>Qualora il contratto non si sia ancora perfezionato (indipendentemente dal fatto che il contratto preveda la possibilità di limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico o la necessità di una verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari), la Compagnia liquiderà al Beneficiario il capitale assicurato della sola Assicurazione Base (le eventuali Assicurazioni Complementari richiamate in proposta si intendono escluse), con il limite massimo di importo liquidabile pari ad Euro 600.000, qualora il decesso dell'Assicurato — purché intervenuto dopo la sottoscrizione della proposta di polizza da parte del Contraente e dell'Assicurato e sempre che la prima rata di premio sia stata pagata e l'incasso sia andato a buon fine — sia una conseguenza diretta di infortunio.</p>
<b>Sospensione</b>	Non sono previsti casi di sospensione delle garanzie.



## Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

### Revoca

Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima del perfezionamento del contratto che avviene nel momento in cui la Compagnia rilascia al Contraente la polizza o comunica per iscritto allo stesso il proprio assenso, mediante lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. Qualora il Contraente avesse già eseguito il versamento del premio dovuto, la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà il premio pagato al Contraente stesso, al netto di eventuali imposte e spese sostenute dalla Compagnia.

### Recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data in cui si è perfezionato. Il Contraente deve richiedere il recesso per iscritto, mediante lettera raccomandata. La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio da quest'ultimo pagato al netto di eventuali imposte e spese sostenute dalla Compagnia.



## Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

### Valori di riscatto e riduzione

- Il Contraente può richiedere, trascorsi almeno tre anni dalla data di decorrenza del contratto, il **riscatto** del contratto stesso – per la sola componente Capitale Differito, a condizione che siano state corrisposte tre annualità di premio.

Il valore di riscatto è pari al valore di riduzione della prestazione relativa al solo capitale differito attualizzato ad un tasso di interesse determinato in funzione degli anni trascorsi e del periodo di tempo mancante dalla data di richiesta alla scadenza contrattuale, così come di seguito indicato:

Tempo trascorso	Tasso di attualizzazione
Inferiore o uguale a 5 anni	3,0%
Maggiore di 5 anni e inferiore o uguale a 10 anni	2,5%
Maggiore a 10 anni	2,0%

In caso di riscatto dell'Assicurazione principale verranno riscattati tutti i versamenti integrativi. Non sono ammessi riscatti parziali.

Si precisa che il valore di riscatto può essere inferiore ai premi versati, infatti l'obiettivo che si desidera raggiungere mediante una polizza di assicurazione sulla vita è conseguito rispettando per intero il piano di versamenti concordato con la Compagnia.

- In caso di mancato pagamento del premio e sempre che siano state corrisposte almeno tre annualità di premio, l'assicurazione TCM viene sospesa; trascorsi 12 mesi dalla sospensione, senza riattivazione, la prestazione caso morte si estingue e i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia, mentre la garanzia Capitale Differito resta in vigore, libera da ulteriori premi con una prestazione ridotta (c.d. **riduzione**). La prestazione ridotta può essere riscattata in qualunque momento successivo alla riduzione oppure può essere liquidata a scadenza.

### Richiesta di informazioni

- Il Contraente può richiedere informazioni circa il valore di riscatto maturato e/o il valore di riduzione, con le seguenti modalità:

- tramite richiesta al proprio Intermediario;
- tramite richiesta al Servizio Clienti da contattarsi al numero verde 800 833 012 o al seguente indirizzo:  
Pramerica Life S.p.A.  
Piazza della Repubblica 14, 2024 Milano  
Fax 02 72003580 – Email: servizio.clienti@pramerica.it



## A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto nasce per rispondere alle esigenze legate alla gestione dei rischi in un orizzonte temporale di medio-lungo periodo attraverso una copertura assicurativa a capitale differito e caso morte ed è perfetto per chi desidera garantire protezione ai propri cari preservandoli economicamente dalle difficoltà che possono sopraggiungere a seguito del decesso o dell'invalidità funzionale grave e permanente dell'Assicurato (soprattutto qualora questo coincida con il principale portatore di reddito del nucleo familiare), attraverso un immediato supporto: questa polizza vita è capace di garantire un capitale accresciuto grazie alla rivalutazione semestralmente generata dall'andamento del Fondo *Pramerica Financial*.



## Quali costi devo sostenere?

Per le spese di acquisizione e gestione del contratto, viene trattenuta dalla Compagnia una percentuale del premio pari all'11% del premio annuo.

In caso di frazionamento del premio, è previsto un costo aggiuntivo in funzione del frazionamento scelto:

Frazionamento premio	Costo
Mensile	3,5%
Trimestrale	2,5%
Semestrale	2,0%

Per l'operazione di riscatto, richiedibile trascorsi 3 anni dalla data di decorrenza del contratto, viene trattenuto un costo fisso pari ad euro 50.

Per l'operazione di riscatto è prevista, altresì, una penale di diverso valore percentuale in base agli anni trascorsi dalla decorrenza del contratto di assicurazione, così come di seguito indicata:

Anni mancanti a fine periodo pagamento premi	Penalità di riscatto
12	29,9%
11	27,8%
10	25,6%
9	19,9%
8	17,9%
7	15,9%
6	13,8%
5	11,6%
4	7,6%
3	5,8%
2	3,9%
1	2,0%

Per il pagamento delle rendite di opzione sono previste spese in misura dell'1,25% della rendita annua per tutto il periodo della sua corresponsione legata alla sopravvivenza dell'Assicurato.

In caso di recesso, la Compagnia tratterà per l'operazione una somma pari ad euro 50, per le spese sostenute per l'emissione del contratto.

La quota parte percepita dai distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale, è pari al 53,38%.



## Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?

Il contratto prevede la possibilità di riscatto anticipato; in questo caso il Contraente sopporta il rischio di ottenere un importo inferiore ai premi versati.

Il contratto prevede inoltre, una rivalutazione semestrale delle prestazioni assicurate per effetto dell'attribuzione al contratto stesso di una parte dei redditi derivanti dalla gestione interna separata denominata "Fondo Pramerica Financial".

È previsto un tasso di rendimento minimo garantito pari allo 0,75% annuo, riconosciuto in via anticipata sulla prestazione assicurata minima garantita.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa Assicuratrice</b>	<p>I reclami, aventi ad oggetto il rapporto contrattuale e specificamente l'effettività della prestazione e della quantificazione/erogazione delle somme dovute o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati, in forma scritta, tramite posta, fax o e-mail, a:</p> <p><b>Pramerica Life S.p.A. - Ufficio Gestione Reclami Piazza della Repubblica, 14 – 20124 Milano</b> <b>Fax 02.72003580 - Email: gestione.reclami@pramerica.it</b></p>
<b>All'IVASS</b>	<p>Qualora il diretto interessato, anche tramite i suoi rappresentanti, non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o non abbia ricevuto risposta nel termine massimo di 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria, può rivolgersi a:</p> <p><b>IVASS</b> <b>Servizio Tutela del Consumatore</b> <b>Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma Fax 06.42133206</b> <b>PEC: ivass@pec.ivass.it</b></p> <p>La richiesta dovrà essere redatta in forma scritta e contenere le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• dati anagrafici del reclamante (nome, cognome, domicilio ed eventuale recapito telefonico);</li><li>• individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</li><li>• breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;</li><li>• copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;</li><li>• ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</li></ul> <p>Per la presentazione del reclamo all'IVASS, sul sito dell'Autorità è presente un apposito modulo da utilizzare per fornire tutti gli elementi necessari alla trattazione del reclamo.</p>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/08/2013, n. 98).
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.
<b>REGIME FISCALE</b>	
<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	<p>I premi dei contratti di assicurazione sulla vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni.</p> <p>Sui premi pagati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", viene riconosciuta annualmente al Contraente una detrazione d'imposta ai fini IRPEF, con le modalità ed i limiti previsti dalla normativa in vigore.</p> <p>In particolare, la detrazione spetta al Contraente a condizione che sia il soggetto che ha pagato il premio e che l'Assicurato – se persona diversa – sia fiscalmente a carico del Contraente stesso.</p>

Per le somme corrisposte in caso di vita è necessario fare le seguenti distinzioni:

Le somme corrisposte **in forma di capitale**, sono soggette a tassazione limitatamente alla parte corrispondente alla differenza, se positiva, tra l'ammontare percepito ed il premio pagato (al netto della componente indicata da Pramerica per le coperture di rischio morte e dell'eventuale invalidità totale e permanente e costituiscono reddito soggetto ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi.

Le somme corrisposte **in forma di rendita vitalizia** non sono soggette ad alcuna tassazione in quanto la rendita di opzione viene calcolata sulla base del corrispondente capitale al netto delle imposte, così come indicato al punto precedente. La rendita, è soggetta ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi, limitatamente all'importo derivante dai rendimenti finanziari semestrali (rivalutazione) maturati durante il periodo di erogazione della rendita.

Le somme corrisposte **in caso di morte, di Invalidità Funzionale Grave e Permanente e di Beneficio in Vita**, anche se erogate in forma di rendita, sono esenti dall'IRPEF.

**L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO 60 GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.**

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**

SUL SITO INTERNET DELLA COMPAGNIA È DISPONIBILE, INVECE, UN'AREA RISERVATA ATTRAVERSO LA QUALE SI POTRÀ ACCEDERE ALLA PROPRIA POSIZIONE ASSICURATIVA CONSULTANDO I DATI PRINCIPALI DELLE POLIZZE SOTTOSCRITTE, QUALI, A TITOLO MERAMENTE ESEMPLIFICATIVO, LE COPERTURE ASSICURATIVE IN ESSERE, LE CONDIZIONI CONTRATTUALI SOTTOSCRITTE E LO STATO DEI PAGAMENTI DEI PREMI.

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---



## **Art. 1 - Disciplina del contratto**

Le presenti Condizioni di assicurazione regolano il contratto di assicurazione sulla vita della tariffa "Pramerica Term Plus".

Il contratto è costituito dall'Assicurazione Principale (Capitale Differito e Temporanea Caso Morte), dalla eventuale Assicurazione Integrativa e Garanzie Aggiuntive.

Il Contraente, se persona fisica, per poter stipulare il contratto deve avere almeno 18 anni e capacità di agire. In caso di Contraente persona giuridica, il contratto deve essere sottoscritto dal suo Legale Rappresentante, che dovrà essere identificato all'atto della stipula del contratto.

L'Assicurato deve essere una persona fisica con un'età compresa tra 18 e 80 anni.

L'età massima a scadenza è di 85 anni.

Il contratto è disciplinato dalle condizioni che seguono e da quanto indicato nella polizza e nelle eventuali appendici.

## **Art. 2 - Entrata in vigore dell'Assicurazione**

Il contratto, a condizione che sia stata pagata la prima rata di premio e che l'incasso sia andato a buon fine, si considera perfezionato quando il Contraente è messo a conoscenza dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia, ossia la data in cui la Compagnia rilascia al Contraente la polizza o il Contraente riceve per iscritto, a mezzo raccomandata, la comunicazione di assenso della Compagnia ed il relativo documento di polizza.

### **A. Contratti con questionario anamnestico (assenza di accertamenti sanitari)**

Per i contratti che a determinate condizioni (capitale assicurato, età dell'Assicurato), prevedono la possibilità di limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico, la copertura assicurativa entra in vigore alle ore 24 del giorno di decorrenza indicata in proposta e polizza, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio, che l'incasso sia andato a buon fine e che la proposta, i documenti allegati ed il relativo questionario anamnestico siano stati compilati e sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato in ogni loro parte.

Se il versamento della prima rata di premio è effettuato dopo la data indicata in proposta, il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento.

Nel caso in cui la data di decorrenza del contratto coincida con la data di sottoscrizione della proposta (ed in ogni caso in cui la data di decorrenza sia precedente alla data in cui il contratto si perfeziona), la copertura assicurativa, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio e che l'incasso sia andato a buon fine, entra in vigore alle ore 24 del giorno in cui la proposta sia stata sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato (o alle ore 24 della data di decorrenza prescelta).

Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato dovesse avvenire tra l'entrata in vigore della copertura assicurativa e la data di perfezionamento del contratto, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario:

- i. l'intero capitale indicato nella proposta di polizza, oppure
- ii. l'eventuale capitale ridotto correlato al nuovo premio risultante dalla differenza tra il premio iniziale e il premio aumentato dell'eventuale sovrappremio che la Compagnia, nell'accettare la proposta, avrebbe richiesto in considerazione delle attività professionali e/o sportive svolte dall'Assicurato, e/o in considerazione delle condizioni di salute dello stesso dichiarate in proposta.

Resta inteso che è facoltà della Compagnia richiedere all'Assicurato di effettuare un qualsiasi accertamento sanitario e/o consegnare una qualsiasi documentazione sanitaria al fine di completare la valutazione del rischio. In tal caso, la copertura assicurativa rimane sospesa dalla data di richiesta di ulteriore documentazione sino alla data di emissione della polizza; qualora si dovesse verificare il decesso dell'Assicurato, la Compagnia provvederà a restituire il premio di rata al Contraente.

### **B. Contratti con accertamenti sanitari**

Per i contratti che prevedono la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari, la copertura assicurativa entra in vigore, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio e che l'incasso sia andato a buon fine:

- alle ore 24 del giorno in cui il documento di polizza è emesso dalla Compagnia; ovvero
- alle ore 24 del giorno di decorrenza, indicata in proposta e in polizza, qualora questo sia successivo a quello di emissione del documento di polizza.

Se il versamento del premio è effettuato dopo tali date il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento.

L'emissione del documento di polizza da parte della Compagnia avviene, a condizione che:

- la proposta di assicurazione e i documenti allegati siano compilati e sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato in ogni loro parte;
- la prima rata di premio sia stata pagata dal Contraente e che l'incasso sia andato a buon fine;
- l'Assicurato abbia effettuato tutti gli accertamenti sanitari, se richiesti dalla Compagnia;
- La Compagnia, ricevuta tutta la documentazione, abbia completato la valutazione della stessa e delle dichiarazioni e delle analisi sanitarie dell'Assicurando, comunicando al cliente, in caso di esito positivo della fase istruttoria, l'importo del premio dovuto comprensivo di sovrappremi.

\* \* \*

Qualora il contratto non si sia ancora perfezionato (indipendentemente dal fatto che il contratto preveda la possibilità di limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico o la necessità di una verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari), la Compagnia liquiderà al Beneficiario il capitale assicurato della sola Assicurazione Base (le eventuali Assicurazioni Complementari richiamate in proposta si intendono escluse), con il limite massimo di importo liquidabile pari ad Euro 600.000,00 (seicentomila/00), qualora il decesso dell'Assicurato

- purché intervenuto dopo la sottoscrizione della proposta di polizza da parte del Contraente e dell'Assicurato e sempre che la prima rata di premio sia stata pagata e ricevuta dalla Compagnia sia una conseguenza diretta di infortunio.

Per infortunio si deve intendere l'evento dovuto a causa fortuita improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Nel momento in cui il contratto si perfeziona, qualora si dovesse verificare il decesso dell'assicurato, la Compagnia provvederà a liquidare il capitale assicurato indicato sul documento di polizza secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Nel caso in cui la Compagnia dovesse comunicare per iscritto al Contraente la non accettazione del rischio, la Compagnia provvederà a restituire il premio di rata versato e nulla sarà dovuto per la morte conseguenza diretta di infortunio.

Ai fini dell'applicabilità del presente articolo, sia in presenza che in assenza di visita medica, sono in ogni caso fatte salve le ipotesi di esclusione dalla copertura assicurativa di cui al successivo art. 6 punto A.

Ugualmente, il presente articolo non troverà applicazione

- i. secondo quanto previsto dal successivo art. 6 punto B nel caso in cui la morte sia dovuta a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa correlata o
- ii. in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti rese nella proposta.

### **Art. 3. - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato**

**Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.**

**Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 del Codice Civile, da parte della Compagnia:**

- a. **nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:**
  - **il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento;**
  - **la contestazione della validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui la Compagnia stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;**
- b. **nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:**
  - **la riduzione, in caso di sinistro, del capitale assicurato in relazione al maggior rischio accertato;**
  - **la facoltà di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.**

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla sua

riattivazione, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede, nel qual caso sarà applicato il precedente punto a). Inoltre, l'inesatta indicazione della data di nascita dell'Assicurato comporta la rettifica della prestazione assicurata in base alla data corretta.

Le dichiarazioni, rese dal Contraente e dall'Assicurato o acquisite dalla Compagnia, all'atto della sottoscrizione di ulteriori contratti di assicurazione stipulati con la Compagnia stessa, non liberano, il Contraente e l'Assicurato, dall'obbligo di fornire dichiarazioni esatte complete e veritiere con riferimento al presente contratto di assicurazione.

Il Contraente è altresì tenuto a comunicare alla Compagnia ogni eventuale cambiamento di cittadinanza e/o residenza fiscale entro 30 giorni dalla variazione.

#### **Art. 4 - Prestazioni assicurate con l'Assicurazione Principale**

L'Assicurazione Principale prevede le seguenti prestazioni:

*a) Prestazione in caso di vita:*

in caso di vita dell'Assicurato al termine della durata contrattuale, verrà liquidato all'Assicurato il capitale differito rivalutato nella misura e secondo le modalità contenute nella Clausola di Rivalutazione.

*b) In caso di morte:*

In caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, verrà liquidato al Beneficiario il capitale assicurato (TCM), fatto salvo quanto previsto al successivo art. 6 (esclusioni).

Il Contraente, a fronte della garanzia del pagamento della prestazione assicurata pagherà, sempre che l'Assicurato sia in vita, il premio annuo per tutta la durata prevista nel contratto di assicurazione.

#### **Art. 5 - Beneficiario**

Il Contraente designa il Beneficiario e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o contenute in un testamento valido.

La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

1. dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
2. dopo la morte del Contraente (il Contraente ha tuttavia la possibilità di dichiarare la propria volontà rispetto all'eventuale trasferimento ad un soggetto terzo della titolarità della polizza in caso di propria premorienza. Tale dichiarazione potrà contenere il conferimento al nuovo Contraente della piena facoltà di disporre della polizza, anche per quanto riguarda il riscatto, l'apposizione di pegno o vincolo e la variazione dei Beneficiari precedentemente designati);
3. dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a la Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di riscatto, pegno o vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

#### **Art. 6 - Limitazioni sulla prestazione in caso di decesso**

##### **A. Esclusioni rischio di morte**

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di attività professionale e sportiva dell'Assicurato. È esclusa dalla garanzia soltanto la morte causata da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari; l'arrivo dell'Assicurato in un paese in situazione di guerra o similari o l'insorgenza di detta situazione comporta dopo 14 giorni l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa. La copertura non opererà tuttavia per l'incidente di volo;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, anche se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo,

- nei primi sei mesi dalla eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
  - guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi.

In questi casi la Compagnia liquiderà un importo pari alla somma dei premi pagati al netto dei costi.

## **B. Altre Limitazioni**

### *1. Limitazioni in assenza di visite mediche.*

Questo contratto prevede la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari. È possibile, a determinate condizioni (capitale assicurato, età dell'Assicurato), limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico da allegare alla proposta allegata al Set Informativo.

Si richiede al Contraente di leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario anamnestico.

Decorsi 6 mesi dalla entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla sua eventuale riattivazione, la polizza è incontestabile per reticenze o dichiarazioni erronee rese dal Contraente e dall'Assicurato nella proposta di assicurazione e negli altri documenti, **salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede, nel qual caso si applica il precedente Art. 3 a) e salva la rettifica della prestazione assicurata in base all'età vera dell'Assicurato, quando quella denunciata risulti errata.**

### *2. Carenza in assenza del test HIV*

**In assenza del test HIV è convenuto che, qualora la morte dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o ad altra patologia ad essa collegata, la prestazione caso morte non sarà pagata. In suo luogo la Compagnia liquiderà un importo pari alla somma dei premi versati al netto dei costi.**

**Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di una o più precedenti polizze, espressamente richiamate nel testo della nuova polizza, il periodo di carenza si calcola a partire dalla data di perfezionamento della prima polizza sostituita.**

## **Art. 7 - Pagamento del premio**

Il Contraente, sempre che l'Assicurato sia in vita, pagherà il premio annuo anticipato costante per tutta la durata del contratto.

Il premio annuo anticipato è costante ed è dovuto dal Contraente per tutta la durata del contratto ma non oltre la morte o l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato.

Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali; questo comporterà il pagamento tramite addebito diretto SEPA e dei costi aggiuntivi sul premio in funzione del frazionamento scelto, come di seguito riportati:

<b>Frazionamento premio</b>	<b>Costo</b>
Semestrale	2,0%
Trimestrale	2,5%
Mensile	3,5%

Il premio annuale effettuato mediante un unico versamento non prevede interessi di frazionamento.

Nel caso in cui il Contraente non sia titolare di un conto corrente bancario/postale potrà corrispondere il premio annuo con la modalità "bollettino postale". Tale premio non potrà essere frazionato.

Le spese del pagamento gravano su chi lo effettua.

È ammessa una dilazione di 30 giorni, senza oneri ed interessi, durante i quali la copertura assicurativa rimane in vigore.

Il Contraente non può opporre, a giustificazione del mancato pagamento del premio, il mancato ricevimento di avviso di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

La Compagnia si riserva di chiedere al Contraente e/o all'Assicurato ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario ai fini della corretta determinazione e valutazione da parte della Compagnia stessa del rischio assicurativo, dell'ammontare del capitale assicurato e del premio, oltre che per adempiere a specifici adempimenti previsti dalla normativa nel tempo vigente.

Si precisa che l'importo del premio totale annuo indicato in proposta di assicurazione è al netto di eventuali ulteriori sovrappremi calcolati dalla Compagnia nel corso della fase istruttoria, a seguito della valutazione delle dichiarazioni e delle eventuali analisi sanitarie fatte dall'Assicurato. In tal caso, l'importo complessivo del premio totale annuo relativo all'ammontare del capitale assicurato così risultante sarà comunicato al Contraente dalla Compagnia.

Qualora il Contraente non dovesse corrispondere il nuovo premio totale annuo determinato (o, la differenza tra il nuovo premio e il premio indicato in proposta qualora avesse già versato quest'ultimo) la prestazione assicurata caso morte sarà ricalcolata e ridotta in base alla differenza tra il nuovo premio e il premio indicato in proposta.

Per la sola Assicurazione Principale, qualora l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e gli esiti presentino le seguenti caratteristiche:

- a. Non fumatore (sigarette, sigari, pipa, sigaretta elettronica o altro) nei 36 mesi precedenti alla data di effettuazione della visita medica
- b. Indice di massa corporea (B.M.I., ovvero Kg/m<sup>2</sup>):
  - compreso tra 20 e 24,99, per età dai 18 ai 39 anni
  - compreso tra 20 e 26,99, per età superiori ai 39 anni
- c. Pressione arteriosa (diastolica/sistolica):
  - compresa tra 80 e 130, per età dai 18 ai 39 anni
  - compresa tra 85 e 135, per età superiori ai 39 anni
- d. Valore di colesterolo totale non superiore a 220 mg/dl

La Compagnia determina una nuova prestazione assicurata caso morte maggiorata rispetto a quella indicata in proposta, mantenendo invariato il premio.

Nel caso in cui una patologia riscontrata durante gli accertamenti sanitari costituisca per la Compagnia motivo di aggravamento del rischio, anche qualora sussistano le condizioni di salute sopra descritte, la prestazione assicurata non verrà maggiorata.

Il Contraente può richiedere, al proprio Intermediario o al Servizio Clienti, chiarimenti in ordine agli elementi che concorrono a determinare il premio.

#### **Art. 8 - Sospensione e mancato pagamento del premio: risoluzione del contratto**

Il pagamento del premio – o di una rata, se il premio è frazionato – deve essere effettuato entro 30 giorni dalla data di scadenza pattuita.

Nel caso in cui, nel corso della durata del contratto, il Contraente non corrisponda un'annualità di premio – o una rata, se il premio è frazionato – entro il termine previsto, il contratto è sospeso dalla Compagnia.

Una volta che il contratto è sospeso, le garanzie assicurative non sono più operative e il Contraente può:

1. chiedere la riattivazione del contratto secondo quanto previsto dal successivo art. 14;
2. se il numero di annualità di premio corrisposte è pari o superiore a tre, mantenere in essere la copertura assicurativa solo per la componente Capitale Differito per una prestazione ridotta (riduzione – per maggiori dettagli si rinvia all'art. 11), con la possibilità, qualora previsto dal contratto, di richiedere la liquidazione dell'importo maturato sul contratto (riscatto), calcolato secondo quanto previsto ai successivi artt. 12 e 13. Il contratto si estingue alla data della richiesta di riscatto.

Si precisa che qualora il numero di annualità di premio corrisposte sia inferiore a tre ed il Contraente non richiede la riattivazione, il contratto è risolto di diritto con la perdita definitiva della copertura assicurativa e dei premi versati che restano acquisiti dalla Compagnia.

#### **Art. 9 - Revoca della proposta**

Ai sensi dell'Art. 176 CAP, il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima del perfezionamento del contratto, che avviene nel momento in cui la Compagnia rilascia al Contraente la polizza o comunica per iscritto allo stesso il proprio assenso, mediante lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. Gli obblighi assunti

dal Contraente e dalla Compagnia cessano dal ricevimento della comunicazione del Contraente di revoca della proposta da parte della Compagnia. Qualora il Contraente avesse già eseguito il versamento del premio dovuto, la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà il premio pagato al Contraente stesso, con diritto di recuperare le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato indicate nella proposta di assicurazione, se sostenute dalla Compagnia.

#### **Art. 10 - Diritto di recesso**

Ai sensi dell'Art. 177 CAP, il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data in cui si è perfezionato.

Il Contraente deve richiedere il recesso per iscritto, mediante lettera raccomandata. La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio da quest'ultimo pagato con diritto di recuperare le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato indicate nella proposta di assicurazione, se sostenute dalla Compagnia.

La Compagnia tratterrà per l'operazione di recesso 50,00 euro, in relazione alle spese sostenute per l'emissione del contratto ai sensi dell'art. 177 CAP.

#### **Art. 11 - Riduzione**

In caso di interruzione del pagamento dei premi dopo il terzo anno di vita del contratto e dopo il pagamento di almeno 3 annualità di premio:

- l'assicurazione TCM viene sospesa; trascorsi 12 mesi dalla sospensione, senza riattivazione, la prestazione caso morte si estingue e i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia;
- l'assicurazione Capitale Differito resta in vigore, libera da ulteriori premi con una prestazione ridotta. La prestazione ridotta può essere riscattata in qualunque momento successivo alla riduzione oppure può essere liquidata a scadenza.

Il valore di riduzione, è pari alla somma di:

- Il capitale iniziale ridotto nella proporzione tra il numero delle rate pagate e quelle inizialmente pattuite;
- la differenza tra il capitale rivalutato all'ultima ricorrenza semestrale ed il capitale iniziale.

Il capitale ridotto verrà rivalutato nella misura prevista al punto A della Clausola di Rivalutazione ad ogni ricorrenza semestrale della data di decorrenza del contratto che coincida o sia successiva alla data di sospensione del pagamento premi.

In caso di riduzione non sarà possibile effettuare Versamenti Integrativi.

In caso di riduzione tutte le Garanzie Aggiuntive decadono e i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia.

#### **Art. 12 - Riscatto dell'Assicurazione Principale**

La copertura temporanea caso morte non è riscattabile.

La copertura Capitale Differito è riscattabile, su richiesta scritta del Contraente. Il riscatto è possibile dopo almeno tre anni dalla data di decorrenza della polizza, a condizione che siano state pagate almeno tre annualità di premio.

Il valore di riscatto, in caso di polizza in regola con il pagamento dei premi, è pari al valore di riduzione della prestazione relativa al solo Capitale Differito, attualizzato ad una percentuale determinata in funzione degli anni trascorsi e del periodo di tempo mancante dalla data della richiesta alla scadenza contrattuale.

<b>Tempo trascorso</b>	<b>Tasso di attualizzazione</b>
Inferiore o uguale a 5 anni	3%
Maggiore di 5 e inferiore o uguale a 10 anni	2,5%
Maggiore a 10 anni	2%

In caso di riscatto dell'Assicurazione Principale verranno riscattati tutti i Versamenti Integrativi. Il contratto si estingue alla data della richiesta del riscatto.

Non sono ammessi riscatti parziali.

La Compagnia tratterrà per l'operazione di riscatto l'importo di 50,00 euro.

### **Art. 13 - Riscatto dell'Assicurazione Principale in caso di riduzione**

In caso di polizza ridotta il valore di riscatto è pari alla prestazione relativa al solo Capitale Differito, rivalutato all'ultima ricorrenza semestrale, attualizzato ad un tasso di interesse determinato in funzione degli anni trascorsi e per il periodo di tempo mancante dalla data della richiesta alla scadenza contrattuale.

<b>Tempo trascorso</b>	<b>Tasso di attualizzazione</b>
Inferiore o uguale a 5 anni	3%
Maggiore di 5 e inferiore o uguale a 10 anni	2,5%
Maggiore a 10 anni	2%

La Compagnia tratterrà per l'operazione di riscatto l'importo di 50,00 euro.

### **Art. 14 - Riattivazione**

Se la polizza è stata sospesa, il Contraente ha diritto di riattivare il contratto entro i seguenti termini:

#### Assicurazione Principale:

Entro sei mesi dalla data di scadenza della rata di premio non pagata senza che venga fatta alcuna valutazione da parte della Compagnia; oltre tale periodo, entro un ulteriore termine di sei mesi ma solo previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può richiedere all'Assicurato degli accertamenti sanitari e/o altra documentazione (a carico del Cliente stesso) e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.

#### Assicurazione Principale + LTC:

Entro tre mesi dalla data di scadenza della rata di premio non pagata senza che venga fatta alcuna valutazione da parte della Compagnia; oltre tale periodo, entro un ulteriore termine di nove mesi ma solo previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può richiedere all'Assicurato degli accertamenti sanitari e/o altra documentazione (a carico del Cliente stesso) e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.

#### Assicurazione Principale + CRILL , oppure Assicurazione Principale + CRILL + LTC:

Entro sei mesi dalla data di scadenza della rata di premio non pagata ma solo previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può richiedere all'Assicurato degli accertamenti sanitari e/o altra documentazione (a carico del Cliente stesso) e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.

L'eventuale presenza di INVEP, LNB, IFGP, non determina alcuna variazione rispetto a quanto sopra descritto.

La riattivazione viene concessa dietro il pagamento del premio – o di tutte le rate di premio – arretrato aumentato degli interessi calcolati sulla base del saggio annuo di riattivazione, nonché in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione. Per saggio annuo di riattivazione si intende il tasso che si ottiene aggiungendo 3 punti percentuali alla misura annua di rivalutazione determinata, ai sensi della Clausola di Rivalutazione, alla ricorrenza semestrale della polizza alla quale ciascuna rata arretrata si riferisce, con un minimo del saggio legale di interesse determinato dal Ministero del Tesoro. La riattivazione del contratto, effettuata nei termini di cui ai commi precedenti, avviene alle ore 24 del giorno di ricevimento da parte della Compagnia del pagamento dell'importo dovuto. A partire dalla sua riattivazione, il contratto prevede le normali prestazioni, fatto salvo, in ogni caso, quanto disposto dalle Condizioni di assicurazione in ordine alla validità delle garanzie aggiuntive.

Trascorso il periodo di sospensione senza che il contraente abbia versato quanto dovuto, lo stesso non è più riattivabile. In questo caso il contratto si risolve ed i premi pagati vengono acquisiti dalla Compagnia, a meno che la polizza non abbia maturato il valore di riduzione, solo per la copertura Capitale Differito (secondo quanto previsto dall'art. 11).

### **Art. 15 - Cessione - Pegno - Vincolo**

Il Contraente può cedere ad altri il contratto così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, abbia emesso la relativa appendice.

In presenza di un pegno o di un vincolo il pagamento di qualsiasi prestazione richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

## **Art. 16 - Pagamento delle prestazioni**

La Compagnia richiede, al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento delle prestazioni e di individuarne gli aventi diritto, la consegna preventiva – unitamente alla richiesta scritta di liquidazione – dei seguenti documenti:

### *in caso di morte dell'Assicurato:*

- certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- codice fiscale e documento di identità valido del Beneficiario;
- relazione medica attestante le cause della morte;
- originale (o copia autenticata) della cartella clinica se esistente;
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, originale dell'atto di notorietà (o copia autenticata) sul quale viene indicato se il Contraente stesso ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire; per capitale liquidabile non superiore a 50.000,00 euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;

In caso di esistenza di testamento, l'atto di notorietà deve riportare gli estremi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;

- originale (o copia autenticata) del testamento se esistente;
- copia del verbale redatto dalle competenti autorità se la morte è dovuta ad infortunio o ad infortunio conseguente ad incidente stradale;
- modulo di identificazione del beneficiario;
- modulo attestazione di residenza fiscale (CRS).

### *In caso di riscatto dell'Assicurazione Principale:*

- copia di un documento di identità valido dell'Assicurato e del Contraente;
- certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato nel caso in cui Assicurato e Contraente siano persone diverse.

### *in caso di riscatto dei Versamenti Integrativi:*

- copia di un documento di identità valido del Contraente;
- certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato nel caso in cui Assicurato e Contraente siano persone diverse.

### *in caso di liquidazione del capitale a scadenza o in differimento:*

- modulo di liquidazione del capitale a scadenza;
- codice fiscale e documento di identità valido dell'Assicurato;
- modulo di identificazione del beneficiario;
- modulo attestazione di residenza fiscale (CRS).

### *in caso di erogazione di una rendita:*

- autocertificazione di esistenza in vita a cura del Beneficiario della prestazione ad ogni anniversario della data di decorrenza nel periodo di erogazione della rendita;
- codice fiscale e documento di identità valido del Beneficiario della prestazione;
- modulo di identificazione del beneficiario;
- modulo attestazione di residenza fiscale (CRS).

Inoltre, nel caso i Beneficiari al pagamento delle prestazioni risultino minorenni o incapaci, decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo all'esercente la potestà sui minorenni o al rappresentante degli incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Compagnia da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

Ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario verrà richiesta, solamente in relazione ad ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

Verificatosi l'obbligo di pagamento delle prestazioni la Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal



ricevimento di tutta la documentazione richiesta; decorso tale termine il Beneficiario può richiedere gli interessi moratori a partire dal termine stesso.

La liquidazione di importo superiore a 10 milioni di euro richiesta da un unico Contraente/Beneficiario o da più Contraenti/Beneficiari, collegati ad un medesimo soggetto anche attraverso rapporti partecipativi, sarà effettuata nell'arco dei tre mesi successivi alla richiesta di liquidazione frazionando l'importo da movimentare in più operazioni ciascuna delle quali non potrà essere superiore ad euro 10 milioni e sarà effettuata a distanza di tre mesi dalla precedente.

Ogni pagamento viene effettuato con assegno o bonifico.

**Il diritto alla liquidazione delle prestazioni derivante dal contratto di assicurazione sulla vita si prescrive in dieci anni da quando si è verificato il fatto che abbia determinato l'insorgenza del conseguente diritto (Cod. Civ. art. 2952 comma II). In caso di omessa richiesta da parte degli aventi diritto entro detti termini, la Compagnia, in ottemperanza a quanto disposto dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni in materia di depositi dormienti, avrà l'obbligo di devolvere l'importo dovuto al Fondo istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze.**

#### **Art. 17 - Opzione Flash Benefit**

In caso di morte dell'Assicurato, il Beneficiario ha la facoltà di esercitare l'opzione "Flash Benefit" inviando alla Direzione della Compagnia il modulo "Flash Benefit", con i relativi allegati, ed il certificato originale di morte dell'Assicurato.

La Compagnia anticiperà parte della prestazione assicurata in caso di morte, in vigore alla data della morte dell'Assicurato, entro 48 ore (2 giorni lavorativi) dal ricevimento della documentazione prevista.

La Compagnia anticiperà il 25% della prestazione assicurata, in vigore alla data della morte, con un massimo di 20.000 euro al Beneficiario designato, se persona fisica maggiorenne. In caso di più Beneficiari, il precedente importo sarà suddiviso nelle quote spettanti a ciascuno, secondo quanto indicato in polizza. Nel caso l'Assicurato abbia più polizze, l'importo massimo liquidabile è comunque 20.000 euro (equamente suddiviso tra i diversi contratti).

Il pagamento sarà effettuato tramite assegno o bonifico.

La liquidazione della prestazione residua avverrà con le modalità e secondo le condizioni previste dalle Condizioni di assicurazione.

Nel caso di esclusioni previste dall'Assicurazione, la Compagnia si riserva la facoltà di recuperare l'importo erogato a titolo di anticipazione.

#### **Art. 18 - Opzione di differimento automatico di scadenza della liquidazione del capitale**

Il Contraente ha la facoltà di richiedere, per iscritto, che la liquidazione del capitale caso vita venga differita automaticamente di anno in anno.

La richiesta deve essere effettuata 90 giorni prima della scadenza contrattuale.

Durante il periodo di differimento automatico, la prestazione assicurata continua a rivalutarsi ad ogni semestre nella misura e secondo le modalità contenute nella Clausola di Rivalutazione. Il Contraente ha la facoltà di richiedere ad ogni ricorrenza annua immediatamente successiva, che il capitale rivalutato venga convertito in una delle rendite previste nelle opzioni contrattuali, ricalcolata in base alla nuova età raggiunta. Si precisa però che, in tale caso, i coefficienti di conversione saranno stabiliti al momento della richiesta.

Durante il periodo di differimento automatico, il Contraente può richiedere la liquidazione del capitale rivalutato all'ultima ricorrenza semestrale.

In caso di decesso dell'Assicurato, durante il periodo di differimento automatico, verrà liquidata al Beneficiario caso morte la prestazione caso vita rivalutata all'ultima ricorrenza semestrale precedente la data del decesso.

#### **Art. 19 - Opzioni di conversione del capitale in rendita a scadenza (caso di vita dell'Assicurato)**

Il capitale differito liquidabile a scadenza in caso di vita dell'Assicurato, può essere convertito in una delle seguenti opzioni:

- a. rendita vitalizia posticipata, a coefficienti prestabiliti, pagabile all'Assicurato sua vita natural durante;
- b. rendita certa e poi vitalizia posticipata, a coefficienti prestabiliti, pagabile in modo certo per un numero prefissato di anni all'Assicurato o, al suo decesso, al Beneficiario. Se al termine del periodo previsto l'Assicurato è in vita, la rendita verrà erogata sua vita natural durante;

- c. rendita reversibile posticipata, a coefficienti prestabiliti, in misura parziale o totale pagabile all'Assicurato fino al decesso e successivamente ad un'altra persona dal medesimo designata, sua vita natural durante;
- d. rendita temporanea posticipata, a coefficienti prestabiliti, pagabile all'Assicurato, per un numero limitato di anni;
- e. rendita vitalizia differenziata posticipata, a coefficienti prestabiliti, pagabile all'Assicurato con le seguenti modalità:
  - per un numero prefissato di anni, a condizione che l'Assicurato sia in vita, viene pagato l'intero importo della rendita;
  - successivamente a tale periodo, a condizione che l'Assicurato sia in vita, viene corrisposto il 50% della rendita, sua vita natural durante.
- f. una copertura assicurativa che garantisce una rendita annua posticipata vitalizia pagabile mensilmente all'Assicurato in caso di "non autosufficienza" (si rimanda all'art. 19 delle Condizioni di Assicurazione della Garanzia Aggiuntiva "LTC").

La richiesta di opzione dovrà essere effettuata tramite lettera Raccomandata, indirizzata al Servizio Clienti della Compagnia entro 90 giorni dalla scadenza contrattuale.

Le rendite di opzione di cui ai punti da a) ad e) verranno rivalutate ad ogni ricorrenza semestrale nella misura e secondo le modalità contenute nella Clausola di Rivalutazione e non potrà essere riscattata durante il periodo di corresponsione.

I coefficienti di conversione garantiti sono riportati nella soluzione personalizzata.

Le rendite di opzione potranno essere erogate con frazionamento annuo, semestrale, trimestrale e mensile.

#### **Art. 20 - Opzioni in caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente**

Il capitale liquidabile in caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato potrà essere convertito in una delle seguenti forme:

- a. rendita vitalizia annua posticipata, a coefficienti prestabiliti, pagabile all'Assicurato sua vita natural durante;
- a. rendita certa annua posticipata, a coefficienti prestabiliti, pagabile all'Assicurato per un numero prefissato di anni e successivamente vitalizia.

Le opzioni di cui sopra possono essere esercitate dal Contraente prima che si sia verificata l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato, o in mancanza di tale richiesta, dall'Assicurato dopo che si sia verificata la sua Invalidità Funzionale Grave e Permanente. La richiesta deve essere fatta per iscritto al più tardi contestualmente alla denuncia dell'Invalidità Funzionale Grave e Permanente.

La rendita annua vitalizia di opzione verrà rivalutata ad ogni ricorrenza semestrale come stabilito nella Clausola di Rivalutazione e non potrà essere riscattata durante il periodo di corresponsione.

#### **Art. 21 - Opzioni in caso di morte**

Il capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato, al netto dell'eventuale anticipazione del Flash Benefit, potrà essere convertito in una delle seguenti forme:

- a. rendita vitalizia annua posticipata, a coefficienti prestabiliti, pagabile al Beneficiario sua vita natural durante;
- b. rendita certa annua posticipata, a coefficienti prestabiliti, pagabile al Beneficiario per un numero prefissato di anni e successivamente vitalizia.

Le opzioni di cui sopra possono essere esercitate dal Contraente prima della morte dell'Assicurato o in mancanza di tale richiesta dai Beneficiari dopo la morte dell'Assicurato stesso. La richiesta deve essere fatta per iscritto al più tardi contestualmente alla denuncia della morte dell'Assicurato.

La rendita annua vitalizia di opzione verrà rivalutata ad ogni ricorrenza semestrale come stabilito nella Clausola di Rivalutazione e non potrà essere riscattata durante il periodo di corresponsione.

#### **Art. 22 - Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana.

#### **Art. 23 - Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

**Art. 24 - Tasse ed imposte**

Tasse e imposte relative al contratto, se previste, sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

**Art. 25 - Non pignorabilità e non sequestrabilità**

Ai sensi dell'art 1923 del Codice Civile le somme dovute dalla Compagnia non sono pignorabili né sequestrabili. Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collocazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (art. 1923 comma 2 del Codice Civile).

**Art. 26 - Foro competente**

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, purché sul territorio italiano.

## **GESTIONE INTERNA SEPARATA DEGLI INVESTIMENTI “FONDO PRAMERICA FINANCIAL”**

La presente forma assicurativa è collegata ad una specifica gestione patrimoniale denominata “Fondo Pramerica Financial”, separata dalle altre attività della Compagnia e disciplinata da apposito regolamento sotto riportato.

Gli attivi presenti nel Fondo sono denominati esclusivamente in euro in quanto la politica degli investimenti della Compagnia consente solo tale tipo di attività.

La gestione del Fondo Pramerica Financial ha come finalità quella di conservare il capitale rivalutato nel tempo mediante il consolidamento in polizza dei risultati ottenuti semestralmente; il semestre corrisponde al periodo di osservazione per la determinazione del rendimento.

Il portafoglio del Fondo Pramerica Financial è principalmente composto da Titoli obbligazionari o Governativi denominati in euro mentre la componente azionaria è limitata ad un massimo del 10% del portafoglio totale.

La gestione del Fondo è effettuata secondo le linee guida del gruppo PFI in tema di investimenti, volte soprattutto a privilegiare una costante redditività di portafoglio. Non sono previsti investimenti in strumenti finanziari o altri attivi emessi o gestiti da soggetti del gruppo PFI.

Tale obiettivo si ottiene con una diversificazione delle scadenze obbligazionarie e attraverso tipologie di titoli che consentano di ottenere risultati superiori rispetto ai tassi di mercato, diversificando al contempo il fattore di rischio, e attraverso una selezione degli investimenti effettuata con criteri di analisi fondamentale sulla struttura della curva dei rendimenti. Un ulteriore obiettivo è quello di individuare opportunità di investimento sia a medio che a lungo periodo ma pur sempre con un orizzonte temporale adeguato alla struttura delle passività.

Il risultato della gestione è semestralmente certificato dalla Società di Revisione PricewaterhouseCoopers S.p.A. Per ulteriori dettagli si rinvia al Regolamento della gestione sotto descritto che forma parte integrante delle Condizioni di assicurazione.

### **Regolamento:**

#### **Art. 1 - Istituzione e denominazione della gestione separata “Fondo Pramerica Financial”**

Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti denominati esclusivamente in Euro, separata da quella delle altre attività di Pramerica Life SpA (di seguito anche “La Compagnia”), che viene contraddistinta con il nome “Fondo Pramerica Financial”.

La gestione separata “Fondo Pramerica Financial” è dedicata ai prodotti rivalutabili con garanzia di rendimento minimo e con partecipazione al rendimento della gestione separata, come definito nella “Clausola di rivalutazione”. La gestione risponde alle esigenze di un soggetto che è avverso al rischio e privilegia investimenti volti soprattutto ad una costante redditività ed a favorire il consolidamento della posizione individuale maturata, con un orizzonte temporale di medio-lungo periodo e un livello di rischio basso.

#### **Art. 2 - Obiettivi e politiche di investimento**

Nella amministrazione della gestione separata la Compagnia assicura la parità di trattamento di tutti gli assicurati, evitando disparità che non siano giustificate dalla necessità di salvaguardare, nell’interesse della massa degli assicurati, l’equilibrio e la stabilità della gestione stessa. A tal fine, la Compagnia persegue politiche di gestione e di investimento atte a garantire nel tempo una equa partecipazione degli assicurati ai risultati finanziari della gestione separata.

Non sono previsti investimenti con le controparti di cui all’art. 5 del Regolamento ISVAP 27 maggio 2008, n. 25 per assicurare la tutela dei contraenti da possibili conflitti di interesse.

In particolare, gli obiettivi e le politiche di Investimento, stabiliti in accordo con la controllante Prudential International Insurance Holding, Ltd. sono i seguenti:

- a. supportare le passività verso gli assicurati attraverso una ammissibile tolleranza dei rischi, garantendo una costante redditività di portafoglio;
- b. generare risultati sostenibili sul lungo termine, creando valore per gli assicurati e per la Compagnia sulla base dei principi di Asset Liability Management e di Asset Allocation strategica;
- c. soddisfare gli obiettivi di rendimento annuali per le Gestioni Separate degli investimenti definiti dalla Compagnia.

Tutti gli investimenti devono essere denominati in euro e non devono essere in contrasto con le regole e le

indicazioni stabilite dall'IVASS in quanto organo di controllo per le compagnie di assicurazione.

Inoltre non sono ammessi investimenti diretti o indiretti nel settore immobiliare, né è ammesso l'utilizzo di strumenti derivati.

Le tipologie, i limiti quantitativi e qualitativi delle attività di investimento ammesse devono rispettare le seguenti linee guida, mentre per gli investimenti in titoli di Stato italiani e titoli governativi e "Agency" USA il requisito di rating minimo non si applica.

Classe di attivi	FONDO PRAMERICA FINANCIAL		
	Target Investimenti	Limiti di Investimento	
		Minimo	Massimo
Liquidità	0%	0%	2%
Titoli governativi area Euro	100%	40%	100%
Titoli governativi non Euro	0%	0%	0%
Obbligazioni societarie	0%	0%	30%
<b>Totale investimento a reddito fisso (minimo rating A)</b>	100%	90%	100%
Investimenti sotto rating A	0%	0%	0%
<b>Totale investimenti sotto rating A</b>	0%	0%	0%
Investimenti immobiliari	0%	0%	0%
Azioni quotate	0%	0%	10%
Azioni non quotate	0%	0%	0%
Totale azioni	0%	0%	10%
<b>Totale investimenti di rischio</b>	0%	0%	10%
<b>Totale investimenti</b>	100%		
<b>Duration Portafoglio</b>	10,5	7,0	12,0

#### Art. 3 - Attività attribuite al Fondo

Nel "Fondo Pramerica Financial" confluiranno le attività in euro relative alle forme di Assicurazione sulla Vita che prevedono l'apposita Clausola di Rivalutazione, per un importo non inferiore alle corrispondenti riserve matematiche.

Il presente regolamento potrà essere modificato per adeguarlo alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di quelle meno favorevoli per l'assicurato.

#### Art. 4 - Revisione contabile

La gestione del "Fondo Pramerica Financial" è semestralmente sottoposta a verifica contabile da parte di una Società di Revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente. In particolare, sono verificati la conformità delle attività attribuite alla gestione alla normativa vigente, il tasso di rendimento semestrale quale descritto al seguente punto 5 e l'adeguatezza dell'ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Compagnia (riserve matematiche).

#### Art. 5 - Tasso medio di rendimento

Il rendimento semestrale del "Fondo Pramerica Financial", relativo al periodo di osservazione semestrale, si ottiene rapportando il risultato finanziario della Gestione Separata di competenza alla giacenza media della Gestione Separata stessa.

Il risultato finanziario della gestione separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione. Gli utili realizzati comprendono anche quelli derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dall'impresa in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione separata. Le plusvalenze e le minusvalenze vanno prese in considerazione, nel calcolo del risultato finanziario, solo se effettivamente realizzate nel periodo di osservazione. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività, per l'attività di verifica contabile ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili e le perdite da realizzo

sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della gestione separata. Il valore di iscrizione nel libro mastro è pari al prezzo di acquisto per una attività di nuova acquisizione ovvero al valore corrente di mercato per un'attività già detenuta dalla Compagnia.

Per le attività già presenti nella gestione alla chiusura del precedente esercizio, è stato fatto riferimento ai medesimi valori che figuravano alla chiusura dello stesso.

Nel calcolo del rendimento medio gravano sulla gestione separata unicamente le spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione separata. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate.

La giacenza media delle attività della gestione separata è pari alla somma della giacenza media nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, della giacenza media nel periodo di osservazione degli investimenti e della giacenza media nel periodo di osservazione di ogni altra attività della gestione separata. La giacenza media nel periodo di osservazione degli investimenti e delle altre attività è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della gestione separata.

#### **Art. 6 - Utili da soggetti terzi**

Il rendimento della Gestione separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dall'impresa in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione.

#### **Art. 7 - Riserve matematiche**

Le riserve matematiche relative a polizze rivalutabili prese a riferimento per la determinazione dell'ammontare minimo delle attività da attribuire alla gestione sono stimate con i medesimi criteri utilizzati per la formazione del bilancio di esercizio della Compagnia (articolo 30 del Regolamento ISVAP del 28 marzo 2008, n° 21).

#### **Art. 8 - Periodo di osservazione**

Ai fini della determinazione del tasso medio di rendimento semestrale, il periodo di osservazione decorre per il primo semestre dal 1° gennaio fino al 30 giugno, mentre per il secondo semestre decorre dal 1° luglio al 31 dicembre di ogni anno.

#### **Art. 9 - Varie**

Il presente regolamento è parte integrante delle condizioni contrattuali di assicurazione.

## CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE

La presente polizza fa parte di una speciale categoria di Assicurazioni sulla Vita alle quali la Compagnia riconosce ad ogni ricorrenza semestrale a partire dalla data di decorrenza della polizza una rivalutazione delle prestazioni assicurate in base alle condizioni di seguito indicate.

### A. Misura della rivalutazione

La Compagnia dichiara, entro il 1° settembre ed il 1° marzo di ciascun anno, il rendimento semestrale da attribuire agli Assicurati, relativo ai due periodi di certificazione definiti dall'art. 5 del Regolamento del "Fondo Pramerica Financial".

Il rendimento semestrale, di cui all'art. 4 del regolamento del Fondo, viene ricondotto ad un tasso annuo equivalente, nel seguito rendimento annualizzato, in quanto il rendimento trattenuto è imputato su base annua. Il tasso annuo equivalente permette di avere una coincidenza degli interessi maturati annualmente con quelli maturati nei due semestri. Il risultato della gestione viene semestralmente attribuito al contratto – a titolo di partecipazione agli utili sotto forma di rivalutazione delle prestazioni – secondo la seguente modalità:

La Compagnia trattiene l'1,40% del rendimento per le polizze...

A titolo esemplificativo si riporta una tabella in cui si mostra ciò che viene riconosciuto agli Assicurati e trattenuto dalla Compagnia per polizze fino a ...:

Rendimento del Fondo Pramerica Financial	Rendimento trattenuto dalla Compagnia	Rendimento riconosciuto agli Assicurati
4,50%	1,40%	3,10%
4,00%	1,40%	2,60%
3,50%	1,40%	2,10%

Il rendimento riconosciuto agli Assicurati viene poi diminuito del tasso di rendimento annuo minimo garantito, già conteggiato nel calcolo del premio sotto forma di tasso tecnico, per ottenere la misura annua di rivalutazione.

Il tasso di rendimento annuo minimo garantito di cui sopra è pari a:

- 0,75% per l'Assicurazione Principale solo per la componente Capitale Differito;
- 0% per l'Assicurazione Integrativa;
- 0% per il Differimento Automatico;
- 0,75% per le Opzioni di Rendita.

Una volta ottenuta la misura annua di rivalutazione, da quest'ultima si calcola il tasso semestrale equivalente per determinare l'effettiva rivalutazione da attribuire nel semestre agli Assicurati.

### B. del capitale assicurato dell'Assicurazione Principale (solo per la componente Capitale Differito)

Ad ogni ricorrenza semestrale la rendita rivalutata, fermo restando l'ammontare annuo del premio, sarà determinata sommando alla rendita in vigore nel semestre precedente:

- un importo ottenuto moltiplicando il capitale inizialmente assicurato per la misura della rivalutazione, determinata a norma del punto A, moltiplicata per la proposizione tra il numero degli anni trascorsi e il numero degli anni di pagamento premi;
- un ulteriore importo ottenuto moltiplicando per la misura della rivalutazione la differenza tra il capitale in vigore nel semestre precedente e quello inizialmente assicurato.

Durante la fase di erogazione la rendita rivalutata sarà ottenuta sommando alla rendita in vigore nel semestre precedente, il prodotto di quest'ultima per la misura della rivalutazione.

### C. Rivalutazione dell'Assicurazione Integrativa (Versamenti Integrativi)

La rendita rivalutata relativa a ciascun Versamento Integrativo sarà ottenuta sommando, alla rendita in vigore nel semestre precedente, il prodotto di quest'ultima per la misura della rivalutazione, determinata a norma del punto A.

La rivalutazione della rendita derivante da eventuali Versamenti Integrativi effettuati nel primo semestre, viene effettuata pro-rata temporis dalla data di versamento fino alla prima ricorrenza semestrale.

**D. Rivalutazione della rendita ridotta**

In caso di riduzione la rendita rivalutata sarà ottenuta sommando alla rendita in vigore nel semestre precedente, il prodotto di quest'ultima per la misura della rivalutazione.

**E. Rivalutazione del capitale in differimento automatico di scadenza**

Il capitale rivalutato sarà ottenuto sommando, al capitale in vigore nel semestre precedente, il prodotto di quest'ultimo per la misura della rivalutazione prevista in questo caso, che sarà pari al rendimento riconosciuto agli assicurati a norma del punto A.



## **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELL'ASSICURAZIONE INTEGRATIVA**

### **CONDIZIONI APPLICABILI ALL'ASSICURAZIONE INTEGRATIVA VERSAMENTI INTEGRATIVI**

(valida solo se espressamente richiamata in proposta e in polizza)

#### **Art. 1 - Prestazione assicurata**

##### **- Caso di vita**

In relazione a ciascun Versamento Integrativo, la Compagnia pagherà all'Assicurato, alla scadenza contrattuale e sempre che l'Assicurato sia in vita, un capitale differito rivalutato nella misura e secondo le modalità contenute nella Clausola di Rivalutazione,

Il capitale assicurato si incrementa nel tempo grazie alla rivalutazione semestrale derivante dalla gestione separata dei redditi finanziari e degli investimenti del Fondo Pramerica Financial.

Le maggiorazioni del capitale, una volta conseguite, restano definitivamente acquisite e consolidate in polizza ogni sei mesi.

##### **- Caso di morte - Invalidità Funzionale Grave e Permanente - Living Need Benefit**

In caso di morte dell'Assicurato, prima della scadenza contrattuale, la Compagnia, a fronte di ogni Versamento Integrativo, liquiderà al Beneficiario designato in polizza un importo uguale al premio unico versato.

#### **Art. 2 - Versamenti Integrativi**

Il Contraente può effettuare, dopo 1 mese dalla data di decorrenza della polizza ed entro 3 anni dalla scadenza contrattuale, sempre che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi, dei Versamenti Integrativi a premio unico sempre che l'Assicurato sia in vita, per un importo minimo di 5.000,00 euro e un importo complessivo massimo pari a 3 volte la somma dei premi previsti sul piano base, purché non superi 1.000.000,00 euro.

E' ammesso un solo Versamento Integrativo al mese.

#### **Art. 3 - Riscatto dei Versamenti Integrativi**

I Versamenti Integrativi possono essere riscattati trascorso almeno un anno dalla data del relativo versamento.

Il valore di riscatto è pari al capitale rivalutato all'ultima ricorrenza semestrale precedente la data di richiesta, attualizzato:

- al tasso del 3% se gli anni interi trascorsi dalla data del versamento sono inferiori o pari a 5 anni ;
- al tasso del 3% ridotto in funzione degli anni mancanti alla scadenza contrattuale e per il periodo intercorrente tra la data di richiesta del riscatto e la data di scadenza, se gli anni interi trascorsi dalla data del versamento sono superiori a 5 anni.

La Compagnia tratterrà per l'operazione di riscatto 50,00 euro.

In caso di riscatto dell'Assicurazione Principale saranno automaticamente riscattati tutti i Versamenti Integrativi.

#### **Art. 4 - Opzioni dell'Assicurazione Integrativa**

La richiesta di opzione effettuata sull'Assicurazione Principale avrà effetto anche sulla liquidazione dei Versamenti Integrativi.

#### **Art. 5 - Richiamo alle Condizioni di Polizza**

Per tutto ciò che non è previsto da queste condizioni valgono in quanto applicabili le Condizioni di assicurazione e le norme di legge in materia.

## **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLE GARANZIE AGGIUNTIVE**

### **CONDIZIONI APPLICABILI ALLA GARANZIA AGGIUNTIVA CRITICAL ILLNESS (CRILL) “MALATTIE GRAVI”**

(valida solo se espressamente richiamata in proposta e in polizza)

#### **Art. 1 - Prestazione assicurata**

La presente Assicurazione garantisce la liquidazione del capitale assicurato per “malattia grave”, indicato in polizza, qualora l'Assicurato venga colpito, entro la scadenza contrattuale, da una delle malattie gravi descritte al successivo articolo 3 e che abbia anche comportato un'invalità permanente dell'Assicurato superiore al 5%.

#### **Art. 2 - Entrata in vigore**

La Garanzia Aggiuntiva CRILL entra in vigore a partire dall'entrata in vigore dell'Assicurazione Principale.

#### **Art. 3 - Definizioni di “malattia grave”**

Al fine della presente garanzia si intendono esclusivamente le seguenti malattie gravi: infarto miocardico, cancro e ictus cerebro-vascolare.

##### **a) Infarto miocardico**

L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata (coronaropatia). La diagnosi deve essere corredata da cartella clinica con relativi esami cardiologici (elettrocardiogramma ed enzimi/markers cardiaci aumentati).

Inoltre, devono essere soddisfatti i seguenti tre criteri al fine di formulare la diagnosi di nuovo infarto miocardico acuto:

1. sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio;
2. nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto;
3. tipica elevazione degli enzimi/markers biochimici cardiaci.

##### **b) Cancro**

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale, che eventualmente possono diffondersi ad altri organi (metastasi). Il termine “cancro” include anche la leucemia, il linfoma e la malattia di Hodgkin.

E' necessario che il cliente fornisca alla Compagnia un referto con la diagnosi di cancro unitamente a un'istologia attestante la malignità del tumore. Nel caso in cui non ci fosse alcun referto della suddetta patologia, è necessario il certificato medico di un oncologo che ne confermi la malignità. Tale documentazione verrà comunque valutata anche dal medico fiduciario della Compagnia.

##### **c) Ictus cerebro-vascolare**

L'ictus è definito come evento improvviso cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile del tessuto del cervello a causa di una emorragia cerebrale, embolia cerebrale, trombosi cerebrale o emorragia sub aracnoidea. E' necessario che la diagnosi sia confermata da un neurologo tramite esame clinico, dopo che siano trascorsi almeno tre mesi dalla data dell'insorgenza dell'evento, che attesti una compromissione significativa e permanente della funzione neurologica e dal quale si devono riscontrare chiari ed evidenti deficit neurologici sia di tipo motorio che sensoriale. La diagnosi deve essere anche corredata da una RMN (risonanza magnetica spinale, tali da confermare l'ictus recente.

#### **Art. 4 - Condizioni di assicurabilità - Limiti di età**

L'età minima dell'Assicurato è 18 anni, mentre l'età massima è 65 anni. L'età massima dell'Assicurato alla scadenza è pari a 70 anni.

#### **Art. 5 - Visite mediche**

Presupposto per la sottoscrizione del contratto è l'accertamento dello stato di salute dell'Assicurato ed è pertanto necessario che lo stesso, a seconda dell'età assicurativa e della prestazione assicurata, compili e sottoscriva

il questionario anamnestico o si sottoponga a specifiche visite mediche (come riportato nella Proposta di Assicurazione).

#### **Art. 6 - Premio della Garanzia Aggiuntiva CRILL**

Il Contraente pagherà il premio annuo anticipato per tutta la durata contrattuale. Il premio è determinato in base:

- all'importo della prestazione assicurata;
- all'età raggiunta dell'Assicurato;
- allo stato di salute dell'Assicurato;
- all'attività professionale e sportiva svolta dall'Assicurato.

Si precisa che l'importo del premio totale annuo indicato in proposta di assicurazione è al netto di eventuali ulteriori sovrappremi calcolati dalla Compagnia nel corso della fase istruttoria, a seguito della valutazione delle dichiarazioni e delle eventuali analisi sanitarie fatte dall'Assicurato. In tal caso, l'importo complessivo del premio totale annuo relativo all'ammontare del capitale assicurato così risultante, sarà comunicato al Contraente dalla Compagnia.

#### **Art. 7 - Durata delle Garanzia Aggiuntiva CRILL**

La durata della presente Garanzia Aggiuntiva segue la durata contrattuale dell'Assicurazione Principale con le seguenti eccezioni:

La durata minima è pari a 5 anni (come per l'Assicurazione Principale), mentre la durata massima è di 20 anni con età massima dell'Assicurato a scadenza pari a 70 anni.

Ne consegue che, qualora il pagamento dei premi dell'Assicurazione Principale si protragga oltre i 20 anni e/o oltre il compimento del 70° anno di età dell'Assicurato, la presente Garanzia Aggiuntiva si estingue alla scadenza dell'annualità di premio corrispondente al termine del 20° anno dalla data di decorrenza e/o al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato.

#### **Art. 8 - Modifica delle condizioni tariffarie**

La Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi. In tal caso la Compagnia si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima della scadenza della ricorrenza annuale, il nuovo premio da pagare per l'annualità assicurativa successiva. Il Contraente potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio. Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale.

Il Contraente che non intenda accettare un eventuale aumento del premio dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta, applicando il tasso di premio aggiornato riferito all'età assicurativa raggiunta alla riscossione annua, all'ultimo premio corrisposto.

#### **Art. 9 - Sospensione ed estinzione**

Con il pagamento del capitale assicurato per "malattia grave", la presente garanzia si estingue e nulla è più dovuto qualora l'Assicurato venga in seguito colpito da altra "malattia grave"; la garanzia non sarà più operativa. L'Assicurazione Principale e le eventuali Garanzie Aggiuntive rimarranno in vigore e il Contraente è tenuto a continuare a pagare i relativi premi.

Se alla data di scadenza della copertura l'Assicurato non è stato colpito da una delle malattie gravi, la presente Garanzia Aggiuntiva si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

La presente Garanzia Aggiuntiva decade nel caso in cui venga riconosciuta l'invalidità Totale e Permanente (INVEP) all'Assicurato.

In tutti i casi di sospensione ed estinzione dell'Assicurazione Principale, la Garanzia Aggiuntiva decade ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia.

#### **Art. 10 - Riattivazione della Garanzia Aggiuntiva CRILL**

La riattivazione dell'Assicurazione Principale comporterà la riattivazione della Garanzia Aggiuntiva.

La Garanzia Aggiuntiva entra nuovamente in vigore alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto, la riattivazione può avvenire entro il termine massimo di 6 mesi dalla data di scadenza della rata di premio non pagata, ma solo previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta dalla Compagnia che può

richiedere all'Assicurato degli accertamenti sanitari (a carico del cliente) e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.

#### **Art. 11 - Carenza**

Nel caso in cui i limiti di età e di capitale assicurato, come indicato nella tabella presente in proposta, prevedano la compilazione del Questionario Anamnestico, la Compagnia applicherà un periodo di carenza di 180 giorni, dalla data di perfezionamento o dalla riattivazione della polizza. Nessuna prestazione verrà pagata per la garanzia "malattie gravi" se durante i primi 180 giorni dalla data effetto della garanzia:

- l'Assicurato presentasse segni e/o sintomi o si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una delle malattie gravi coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi; oppure:
- all'Assicurato venisse diagnosticata una delle "malattie gravi" coperte.

In caso di insorgenza di una delle "malattie gravi" durante il periodo di carenza, sempre che il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà al Contraente i premi versati per la presente garanzia, al netto dei costi cui indicati nella sezione "Quali Costi devo sostenere" del DIP Aggiuntivo IBIP e la garanzia non sarà più operativa, mentre rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Garanzie Aggiuntive.

#### **Art. 12 - Esclusioni**

Per quanto riguarda i rischi esclusi dalla "malattia grave", si applicano le esclusioni previste dagli artt. 3 e 6 delle Condizioni di assicurazione.

Sono inoltre escluse:

- a. in caso di infarto miocardico tutte le diagnosi che non rientrano nella definizione dell'art. 2 di cui sopra come ad esempio lo scompenso cardiaco, l'angina, la miocardite, l'infarto miocardico conseguente ad un qualsiasi intervento sulle arterie coronariche (angioplastica coronaria o by-pass coronarico);
- b. in caso di cancro tutte le diagnosi che non rientrano nella definizione dell'art. 2 di cui sopra devono ritenersi escluse, come ad esempio tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, precancerosi o non-invasivi, qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ, i cancri localizzati della prostata (istologicamente descritti dalla classificazione TNM Sesta Edizione del 2002 come stadio inferiore a T2N0M0 o allo stadio equivalente di un altro sistema di valutazione riconosciuto), qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma, melanomi sottili che all'esame istologico presentino un livello di Clark inferiore al III o inferiore a 1.0 mm secondo Breslow, tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 1cm di diametro e istologicamente descritti come T1 dalla AJCC Sesta Edizione della classificazione TNM in assenza di metastasi, leucemia linfocitica cronica (LLC) inferiore allo stadio RAI 3;
- c. in caso di ictus cerebro-vascolare tutte le diagnosi che non rientrano nella definizione dell'art. 3 c) di cui sopra devono ritenersi escluse, come ad esempio l'attacco ischemico transitorio (TIA) e le emorragie sub aracnoidee traumatiche (ESA).

Inoltre è escluso il pagamento della prestazione nei seguenti casi:

- per tutti i sinistri di "malattia grave" derivanti da eventi post-traumatici;
- "malattia grave" insorta in precedenza della stipula del contratto;
- morte dell'Assicurato entro 30 giorni dalla prima diagnosi della "malattia grave";
- abuso di alcool, nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e, sostanze psico trope e simili;
- la pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, speleologia, immersioni subacquee, automobilismo, motociclismo, salti con sci o idrosci, sport aerei (ad esempio deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio);
- malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di effetto delle garanzie sottaciute alla Compagnia con dolo o colpa grave.

#### **Art. 13 - Denuncia del sinistro e obblighi relativi**

Verificatasi la "malattia grave", a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi all'evento, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece, deve farne denuncia alla Compagnia entro 180 giorni dalla data in cui sia stata diagnosticata la "malattia grave" mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Trascorso questo termine la Compagnia si riserva il diritto di non liquidare il capitale assicurato in caso di malattia grave.

Alla denuncia di sinistro, compilata sull'apposito modulo firmato dal medico curante, deve essere allegata la dichiarazione del medico specialista attestante lo stato di salute dell'Assicurato, la documentazione sanitaria relativa all'evento e il certificato di esistenza in vita dell'Assicurato. Le dichiarazioni del medico specialista e la documentazione sanitaria da inviare a la Compagnia, a supporto della richiesta di liquidazione, devono essere emessi esclusivamente da uno dei seguenti Paesi:

Paesi membri dell'Unione Europea, Andorra, Australia, Canada, Isole del Canale della Manica, Gibilterra, Hong Kong, Islanda, Isola di Man, Giappone, Liechestein, Monaco, Nuova Zelanda, Norvegia, San Marino, Arabia Saudita, Sud Africa, Svizzera, Turchia, Stati Uniti d'America.

In caso di documentazione emessa da Paesi diversi da quelli sopra elencati, la Compagnia si riserva il diritto di non accettarla, o eventualmente di richiedere o effettuare ulteriori accertamenti sanitari.

A richiesta della Compagnia, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente Assicurazione, ha l'obbligo di:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Compagnia per l'accertamento dello stato di "malattia grave";
- fornire ogni ulteriore documentazione che la Compagnia ritenesse opportuno richiedere;
- consentire alla Compagnia di accertare con medici di sua fiducia lo stato di malattia dell'Assicurato.
- La Compagnia comunica, entro il termine massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione prevista dal presente articolo se intende riconoscere o meno il sinistro "malattia grave".

#### **Art. 14 - Controversia e Collegio Arbitrale**

Qualora il sinistro non venga riconosciuto dalla Compagnia, purché la polizza sia regolarmente in vigore, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece, ha la facoltà di chiedere, con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione della Compagnia, entro 60 giorni dalla comunicazione del rifiuto da parte della Compagnia, la constatazione del sinistro a mezzo di un Collegio Arbitrale composto da tre medici i quali giudicheranno in merito in modo inappellabile e senza formalità di procedura.

Dei tre medici uno è nominato dalla Compagnia, uno dal Contraente ed il terzo è scelto dai primi due così nominati.

In caso di disaccordo, la nomina del terzo medico verrà demandata al Presidente del Tribunale del luogo di residenza o domicilio del Contraente.

Ogni parte sopporta le spese del proprio medico e la metà di quelle del terzo.

#### **Art. 15 - Obblighi antecedenti il riconoscimento del sinistro "malattia grave"**

Finché il sinistro "malattia grave" non sia stato definitivamente accertato, il Contraente è tenuto a proseguire il pagamento dei premi.

Accertato il sinistro "malattia grave", verrà restituito l'importo dei relativi premi pagati e scaduti posteriormente alla data di denuncia del sinistro della presente garanzia e nessun premio successivo sarà dovuto ai sensi della presente Assicurazione. Il Contraente è tenuto a continuare a pagare i premi previsti dell'Assicurazione Principale e delle altre eventuali Garanzie Aggiuntive.

#### **Art. 16 - Pagamento del capitale**

Qualora la Compagnia riconosca il diritto all'indennizzo della "malattia grave", così come definita al precedente art. 3, verrà liquidato all'Assicurato quanto dovuto, ai sensi della presente Assicurazione la liquidazione avverrà entro un termine massimo di 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione richiesta comprese le eventuali integrazioni che si dovessero ritenere necessarie.

La Compagnia richiede, al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento delle prestazioni e di individuarne gli aventi diritto, la consegna preventiva – unitamente alla richiesta scritta di liquidazione – dei seguenti documenti:

- denuncia di sinistro, compilata sull'apposito modulo firmato dal medico curante;
- la dichiarazione del medico specialista attestante lo stato di salute dell'Assicurato;
- la documentazione sanitaria relativa all'evento;
- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità valido dell'Assicurato.

In caso di morte dell'Assicurato in fase di liquidazione del sinistro, quindi di decesso avvenuto almeno dopo 30 giorni dall'evento ma prima dell'erogazione del pagamento, il capitale verrà versato agli eredi dell'Assicurato e fra loro ripartito secondo le regole successorie.

Nel caso gli eredi dell'Assicurato, beneficiari del pagamento delle prestazioni risultino minorenni o incapaci, la Compagnia richiede la consegna preventiva del decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione, in capo all'esercente la potestà sui minorenni o del rappresentante degli incapaci, a riscuotere la somma dovuta, con esonero della Compagnia da ogni responsabilità in ordine al pagamento, nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

Ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario verrà richiesta, solamente in relazione ad ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

#### **Art. 17 - Richiamo alle Condizioni di Polizza**

Per tutto ciò che non è previsto da queste condizioni valgono in quanto applicabili le Condizioni di assicurazione e le norme di legge in materia.

## CONDIZIONI APPLICABILI ALLA GARANZIA AGGIUNTIVA LONG TERM CARE (LTC) “NON AUTOSUFFICIENZA”

(valida solo se espressamente richiamata in proposta e in polizza)

### Art. 1 - Prestazione assicurata

La presente Garanzia Aggiuntiva garantisce l'erogazione a favore dell'Assicurato di una rendita vitalizia pagabile in rate mensili posticipate, nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza, come descritto al successivo art. 2 e fintanto che si trovi in tale stato.

**L'importo della rendita mensile assicurabile varia da un minimo di 1.000,00 euro ad un massimo di 3.000,00 euro mensili.**

### Art. 2 - Entrata in vigore

La Garanzia Aggiuntiva entra in vigore a partire dall'entrata in vigore dell'Assicurazione Principale.

### Art. 3 - Definizione dello stato di non autosufficienza

È ritenuta non autosufficiente la persona il cui stato di salute comporti l'impossibilità di compiere in autonomia almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana (di seguito elencate) in maniera presumibilmente permanente e irreversibile:

1. **Lavarsi:** la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
2. **Vestirsi e Svestirsi:** la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. **Andare al bagno ed usarlo:** la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc);
4. **Spostarsi:** la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona;
5. **Continenza:** la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
6. **Alimentarsi:** la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

### Art. 4 - Condizioni di assicurabilità - Limiti di età

L'età minima dell'assicurato è 18 anni, mentre l'età massima è 55 anni. L'età massima dell'Assicurato alla scadenza è pari a 70 anni.

### Art. 5 - Visite mediche

Presupposto per la sottoscrizione della Garanzia Aggiuntiva è l'accertamento dello stato di salute dell'Assicurato ed è pertanto necessario che lo stesso, a seconda dell'età assicurativa e della prestazione assicurata, compili e sottoscriva il questionario anamnestico o si sottoponga a specifiche visite mediche (come riportato nella Proposta di Assicurazione).

### Art. 6 - Premio della Garanzia Aggiuntiva LTC

Il Contraente pagherà il premio annuo anticipato per tutta la durata contrattuale. Il premio è determinato in base:

- all'importo della prestazione assicurata;
- all'età raggiunta dell'Assicurato;
- allo stato di salute dell'Assicurato;
- all'attività professionale e sportiva svolta dall'Assicurato.

Si precisa che l'importo del premio totale annuo indicato in proposta di assicurazione è al netto di eventuali ulteriori sovrappremi calcolati dalla Compagnia nel corso della fase istruttoria, a seguito della valutazione delle dichiarazioni e delle eventuali analisi sanitarie fatte dall'Assicurato. In tal caso, l'importo complessivo del premio totale annuo relativo all'ammontare del capitale assicurato così risultante, sarà comunicato al Contraente dalla Compagnia.

#### **Art. 7 - Durata delle Garanzia Aggiuntiva LTC**

La durata della presente Garanzia Aggiuntiva segue la durata contrattuale dell'Assicurazione Principale; la durata minima è pertanto pari a 5 anni e la durata massima è di 40 anni; l'età massima dell'Assicurato a scadenza è invece pari a 70 anni.

Ne consegue che, qualora il pagamento dei premi dell'Assicurazione Principale si protragga oltre il compimento del 70° anno di età dell'Assicurato, la presente Garanzia Aggiuntiva si estingue alla scadenza dell'annualità di premio corrispondente al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato.

#### **Art. 8 - Modifica delle condizioni tariffarie**

**La Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi.** In tal caso la Compagnia si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima della ricorrenza annuale, il nuovo premio da pagare per l'annualità assicurativa successiva. Il Contraente potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio. **Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale.**

Il Contraente che non intenda accettare un eventuale aumento del premio dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta, applicando il tasso di premio aggiornato riferito all'età assicurativa raggiunta alla riscossione annua, all'ultimo premio corrisposto.

#### **Art. 9 - Sospensione ed estinzione**

Con il pagamento della prestazione assicurata per "non-autosufficienza", la garanzia accessoria si estingue. L'Assicurazione Principale e le eventuali Garanzie Aggiuntive rimarranno in vigore e il Contraente è tenuto a continuare a pagare i relativi premi.

Se alla data di scadenza della Garanzia Aggiuntiva l'Assicurato non è stato colpito dalla "non-autosufficienza", la presente copertura si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia. La presente Garanzia Aggiuntiva decade nel caso in cui venga riconosciuta l'invalidità Totale e Permanente (INVEP) all'Assicurato.

In tutti i casi di sospensione ed estinzione dell'Assicurazione Principale, la Garanzia Aggiuntiva decade ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia.

#### **Art. 10 - Riattivazione della Garanzia Aggiuntiva LTC**

La riattivazione dell'Assicurazione Principale comporterà la riattivazione della Garanzia Aggiuntiva.

La Garanzia Aggiuntiva entra nuovamente in vigore alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto, la riattivazione può avvenire entro il termine di 3 mesi dalla data di scadenza della rata di premio non pagata, oltre questo periodo la riattivazione potrà avvenire per un ulteriore periodo massimo di 9 mesi, ma **solo previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta dalla Compagnia che può richiedere all'Assicurato degli accertamenti sanitari (a carico del Cliente) e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.**

#### **Art. 11 - Carenza**

La garanzia in caso di perdita di autosufficienza prevista dal presente Contratto è operante alle seguenti condizioni di carenza:

- per infortunio: nessuna carenza;
- per malattia: lo stato di perdita di autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da un anno dalla data di decorrenza del contratto;
- per malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Parkinson, Alzheimer, demenza senile, sclerosi multipla): lo stato di perdita di autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da tre anni dalla data di decorrenza del contratto.

In caso di perdita di autosufficienza da parte dell'Assicurato durante i periodi di carenza sopra indicati, dalla Compagnia corrisponderà al Contraente i premi versati per la presente garanzia al netto dei costi cui indicati nella sezione "Quali costi devo sostenere" del DIP Aggiuntivo IBIP e la garanzia non sarà più operativa, mentre rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Garanzie Aggiuntive.



## **Art. 12 - Esclusioni**

Il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi:

- Dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario;
- Patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc...);
- Partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali;
- Atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
- Atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- Infortunio che avvenga quando l'Assicurato si trova in stato di ebrezza caratterizzato da un tasso alcolico uguale o superiore al tasso autorizzato dal codice della strada in vigore alla data del sinistro;
- Malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- Rifiuto di seguire le prescrizioni mediche;
- Incidente aereo tranne se in qualità di passeggero di una linea aerea debitamente abilitata al trasporto pubblico dei passeggeri e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio;
- Contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- Sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- Pratica delle seguenti attività sportive, alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob, slittino;
- Partecipazione dell'Assicurato a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- Svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

In questi casi, non è prevista alcuna prestazione.

Non sono assicurabili coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

## **Art. 13 - Denuncia di sinistro e obblighi relativi**

La richiesta di pagamento rivolta alla Compagnia deve essere accompagnata dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

In caso si verifichi lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, l'Assicurato stesso o chi per suo conto, dovrà darne avviso con lettera raccomandata alla Compagnia.

La denuncia deve essere accompagnata da tutta la documentazione necessaria per verificare lo stato di salute dell'Assicurato: certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica dello stato di non autosufficienza, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

La Compagnia accerterà lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere ulteriori esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso e si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione di carattere sanitario, non prevista nelle presenti Condizioni delle Garanzie Aggiuntive in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

**Le spese relative all'acquisizione di tale ulteriore documentazione gravano direttamente sugli aventi diritto.**

La rendita sarà corrisposta se lo stato di dipendenza dell'Assicurato risulterà confermato in maniera definitiva, ovvero tale da escludere la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso.

La Compagnia esegue il pagamento per la prestazione in caso di non autosufficienza secondo le modalità di cui all'art. 15.

**Art. 14 - Obblighi antecedenti il riconoscimento del sinistro “perdita di autosufficienza”**

Finché il sinistro per lo stato di non autosufficienza non sia stato definitivamente accertato, **il Contraente è tenuto a proseguire il pagamento del premio pattuito per tutta la durata prevista.**

Accertato il sinistro per lo stato di non autosufficienza, verrà restituito l'importo dei relativi premi, della presente garanzia aggiuntiva, pagati e scaduti posteriormente al periodo di franchigia di 90 giorni dopo la denuncia dello stato di non autosufficienza e nessun premio successivo, relativo alla presente garanzia aggiuntiva, sarà dovuto ai sensi della presente Assicurazione.

Il Contraente è tenuto a pagare i premi previsti dell'Assicurazione Principale e delle altre eventuali Garanzie Aggiuntive.

**Art. 15 - Pagamento della prestazione**

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia, accompagnata dalla documentazione di cui al precedente art. 13 oltre alla copia di un documento d'identità valido dell'Assicurato.

Per il ricorso ad un'eventuale procedura arbitrale si rimanda al successivo art. 18.

La prestazione di rendita avrà inizio, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di franchigia) a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza. Qualora gli accertamenti per lo stato di non autosufficienza necessitino di più di 90 giorni, all'atto dell'accertamento verranno erogate le eventuali rate di rendita arretrate e non erogate. Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non autosufficienza, e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia decorso il suddetto periodo di franchigia, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata.

Decorsi 90 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato.

La rendita vitalizia non è riscattabile, è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.

Nel caso in cui l'Assicurato deceda prima che lo stato di non autosufficienza sia stato accertato, verranno comunque erogate ai suoi eredi le eventuali rate di rendita, se dovute, maturate fino alla data del decesso dell'Assicurato, e la somma risultante verrà fra loro ripartita secondo le regole successorie.

Nel caso gli eredi dell'Assicurato, beneficiari del suddetto pagamento, risultino minorenni o incapaci, la Compagnia richiederà la consegna preventiva del Decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata, contenente l'autorizzazione in capo all'esercente la potestà sui minorenni o al rappresentante degli incapaci a riscuotere la somma dovuta, con esonero della Compagnia da ogni responsabilità in ordine al pagamento, nonché all'eventuale reimpiego, della somma stessa.

L'incapacità a compiere gli atti della vita quotidiana deve essere presumibilmente permanente, tuttavia se l'Assicurato dovesse riacquistare l'autosufficienza, cessa l'erogazione della prestazione prevista e le rendite precedentemente erogate, ma non dovute, dovranno essere restituite alla Compagnia.

In caso di perdita dell'autosufficienza nel periodo di carenza si rinvia al precedente art. 11.

Il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le condizioni di carenza riportate all'art. 11 e le esclusioni indicate all'art. 12.

Inoltre la Compagnia richiede, al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento della prestazione assicurata, ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza il certificato di esistenza in vita dell'Assicurato.

**Art. 16 - Rivedibilità dello stato di non autosufficienza**

L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo lettera raccomandata, il recupero dello stato di autosufficienza.

La Compagnia si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Assicurato non autosufficiente da un proprio medico di fiducia, e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di non autosufficienza. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della somma assicurata può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento.

Qualora durante l'erogazione della rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza, il pagamento della rendita assicurata viene interrotto e le rendite precedentemente erogate, ma non dovute, dovranno essere restituite alla Compagnia.

**Art. 17 - Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato**

In caso di decesso dell'Assicurato il contratto si estingue e nulla è dovuto dalla Compagnia, per la presente Garanzia Aggiuntiva, e qualora il decesso si verifichi durante l'erogazione della rendita, la rendita stessa verrà interrotta dalla data del decesso.

**Art. 18 - Controversie e Collegio Medico Arbitrale**

Qualora il sinistro non venga riconosciuto da dalla Compagnia, purché la polizza sia regolarmente in vigore, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece, ha la facoltà di chiedere, con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione della Compagnia, entro 60 giorni dalla comunicazione del rifiuto da parte della Compagnia, la constatazione del sinistro a mezzo di un Collegio Arbitrale composto da tre medici i quali giudicheranno in merito in modo inappellabile e senza formalità di procedura.

Dei tre medici uno è nominato dalla Compagnia, uno dal Contraente ed il terzo è scelto dai primi due così nominati.

In caso di disaccordo, la nomina del terzo medico verrà demandata al Presidente del Tribunale del luogo di residenza o domicilio del Contraente.

Ogni parte sopporta le spese del proprio medico e la metà di quelle del terzo.

**Art. 19 - Opzione "LTC" a scadenza**

Alla scadenza contrattuale dell'Assicurazione Principale, e a condizione che:

- a. sia stata attivata in fase di stipula del contratto, la Garanzia Aggiuntiva "LTC",
- b. la Garanzia Aggiuntiva "LTC" sia in regola con il pagamento dei premi,

è data facoltà al Contraente di mantenere in essere la copertura "LTC" convertendo parzialmente o totalmente il capitale liquidabile a scadenza (purché capiente) dell'Assicurazione Principale e dell' eventuale Assicurazione Integrativa (Versamenti Integrativi).

Fermo restando le condizioni ai punti a) e b) per l'esercizio dell'opzione, è data facoltà al Contraente di aumentare o diminuire l'importo della rata mensile di rendita assicurata rispetto a quella assicurata nel corso del periodo di pagamento dei premi.

In caso di riduzione della rata mensile di rendita, la rata non potrà essere inferiore a 1.000,00 euro mensili.

In caso di aumento della rata mensile di rendita e purché la rata non sia superiore a 3.000,00 euro mensili la prestazione sarà concessa a condizione che l'Assicurato si sottoponga alle previste visite mediche.

**Art. 20 - Richiamo alle Condizioni di Polizza**

Per tutto ciò che non è previsto da queste condizioni valgono in quanto applicabili le Condizioni di assicurazione e le norme di legge in materia.

## GARANZIA AGGIUNTIVA LIVING NEEDS BENEFIT

### “BENEFICIO IN VITA”

(valida solo se espressamente richiamata in proposta e in polizza)

#### **Art. 1 - Prestazione assicurata**

La presente Garanzia Aggiuntiva garantisce la liquidazione anticipata parziale o totale del capitale assicurato caso morte nei seguenti casi:

- se all'Assicurato viene diagnosticata una malattia terminale che, a giudizio del medico nominato dalla Compagnia e del medico curante dell'Assicurato, comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di sei mesi o meno;
- se l'Assicurato necessita del trapianto di uno dei seguenti organi vitali: cuore, polmoni, fegato, midollo osseo, in mancanza del quale rimarrebbero all'Assicurato sei mesi o meno di vita. La Compagnia, nei suddetti casi, corrisponderà all'Assicurato l'importo che si ottiene detraendo dall'ammontare del capitale caso morte le rate di premio lordo eventualmente dovute sull'Assicurazione Principale nei sei mesi successivi alla data di riconoscimento dello stato di malattia terminale.

#### **Art. 2 - Entrata in vigore**

La Garanzia Aggiuntiva entra in vigore a partire dall'entrata in vigore dell'Assicurazione Principale.

#### **Art. 3 - Durata della Garanzia Aggiuntiva**

La durata della presente Garanzia Aggiuntiva è pari alla durata contrattuale prevista in proposta scelta dal Contraente, diminuita di 12 mesi. Pertanto la durata minima è di 5 anni, mentre la durata massima è di 39 anni con età massima dell'Assicurato a scadenza pari a 84 anni.

#### **Art. 4 - Premio**

Per la presente Garanzia Aggiuntiva non è richiesto il pagamento di alcun premio.

#### **Art. 5 - Sospensione ed estinzione**

In tutti i casi di sospensione ed estinzione dell'Assicurazione Principale, la Garanzia Aggiuntiva decade.

#### **Art. 6 - Riattivazione della Garanzia Aggiuntiva**

La riattivazione dell'Assicurazione Principale comporterà la riattivazione della Garanzia Aggiuntiva.

#### **Art. 7 - Denuncia dello stato di malattia terminale e obblighi relativi**

Verificatesi le condizioni di cui al precedente art. 1, il Contraente o l'Assicurato possono farne denuncia alla Direzione della Compagnia, tramite il modulo di “Denuncia Sinistro Living Needs Benefit - Beneficio in Vita”, allegando la dichiarazione del medico curante attestante lo stato di salute dell'Assicurato e la documentazione sanitaria relativa all'evento.

A richiesta della Compagnia, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente Garanzia Aggiuntiva, hanno l'obbligo di:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Compagnia per l'accertamento dello stato di malattia terminale;
- consentire che la Compagnia accerti, con medici di sua fiducia e a sue spese lo stato di malattia terminale dell'Assicurato.

#### **Art. 8 - Riconoscimento dello stato di malattia terminale e pagamento del capitale**

Qualora la Compagnia riconosca lo stato di malattia terminale così come definito al precedente art. 1, il Living Needs Benefit verrà liquidato all'Assicurato entro un termine massimo di 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta e di eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.

L'Assicurazione Principale cesserà di produrre effetti automaticamente una volta eseguito il pagamento del Living Needs Benefit.

In caso di decesso dell'Assicurato prima del pagamento del Living Needs Benefit la Compagnia provvederà a liquidare il Capitale caso morte ai beneficiari designati.

Qualora invece la malattia non venga riconosciuta come terminale ai sensi del precedente art. 1 o comunque lo stato di malattia terminale non sia stato definitivamente accertato, il Contraente è tenuto a proseguire il versamento dei premi dell'Assicurazione Principale per la durata prevista. Accertato lo stato di malattia terminale, verrà restituito l'importo dei premi pagati scaduti posteriormente alla data di denuncia della malattia stessa. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato facciano richiesta parziale del capitale disponibile, il capitale assicurato caso morte dell'Assicurazione Principale caso morte e il relativo premio sarà ricalcolato e ridotto in proporzione al nuovo capitale assicurato caso morte dell'Assicurazione Principale all'età e durata iniziali.

#### **Art. 9 - Esclusione dei rischi**

Per quanto riguarda i rischi esclusi dal Living Needs Benefit si applicano le esclusioni previste dall'Assicurazione Principale dall'art.6 delle Condizioni di assicurazione.

#### **Art. 10 - Controversia e Collegio Arbitrale**

Qualora il sinistro non venga riconosciuto dalla Compagnia, purché la polizza sia regolarmente in vigore, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece, ha la facoltà di chiedere, con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione della Compagnia, entro 60 giorni dalla comunicazione del rifiuto da parte della Compagnia, la constatazione del sinistro a mezzo di un Collegio Arbitrale composto da tre medici i quali giudicheranno in merito in modo inappellabile e senza formalità di procedura.

Dei tre medici uno è nominato dalla Compagnia, uno dal Contraente ed il terzo è scelto dai primi due così nominati.

In caso di disaccordo, la nomina del terzo medico verrà demandata al Presidente del Tribunale del luogo di residenza o domicilio del Contraente.

Ogni parte sopporta le spese del proprio medico e la metà di quelle del terzo.

#### **Art. 11 - Richiamo alle Condizioni di Polizza**

Per tutto ciò che non è previsto da queste condizioni valgono in quanto applicabili le Condizioni di assicurazione e le norme di legge in materia.

## **GARANZIA AGGIUNTIVA DI ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE (INVEP)**

(valida solo se espressamente richiamata in proposta e in polizza)

### **Art. 1 - Prestazione assicurata**

La presente Garanzia Aggiuntiva, che può essere applicata soltanto nel caso in cui il Contraente e l'Assicurato siano la stessa persona, garantisce l'esonero dal pagamento dei premi della sola Assicurazione Principale se il Contraente, durante il periodo di pagamento dei premi, diviene invalido in modo totale e permanente.

### **Art. 2 - Entrata in vigore**

La Garanzia Aggiuntiva entra in vigore a partire dall'entrata in vigore dell'Assicurazione Principale.

### **Art. 3 - Definizione di Invalidità Totale e Permanente**

Si intende colpito da invalidità totale e permanente colui che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica qualsiasi, purché l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia perduto in modo presumibilmente permanente e totale la capacità all'esercizio della professione o mestiere dichiarati alla Compagnia ed abbia perduto altresì la capacità ad ogni lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.

### **Art. 4 - Condizioni di assicurabilità e limiti di età**

L'età minima dell'assicurato è 18 anni, mentre l'età massima è 65 anni. L'età massima dell'Assicurato alla scadenza è pari a 70 anni.

### **Art. 5 - Durata della Garanzia Aggiuntiva**

La durata della presente Garanzia Aggiuntiva segue la durata contrattuale dell'Assicurazione Principale; la durata minima è pertanto pari a 5 anni e la durata massima è di 40 anni; l'età massima dell'Assicurato a scadenza è invece pari a 70 anni.

Ne consegue che, qualora il pagamento dei premi dell'Assicurazione Principale si protragga oltre il compimento del 70° anno di età dell'Assicurato/Contraente, la presente Garanzia Aggiuntiva si estingue alla scadenza dell'annualità di premio corrispondente al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato.

### **Art. 6 - Premio**

Il premio della presente Garanzia Aggiuntiva è determinato in base al premio dell'Assicurazione Principale. Il premio è dovuto per tutta la durata della Garanzia Aggiuntiva.

### **Art. 7 - Sospensione ed estinzione**

La presente Garanzia Aggiuntiva è sospesa nel caso di sospensione dell'Assicurazione Principale.

La presente Garanzia Aggiuntiva si estingue nei seguenti casi:

- richiesta scritta di annullamento della sola Garanzia Aggiuntiva da parte del Contraente alla Compagnia;
- interruzione del pagamento dei premi dell'Assicurazione Principale;
- al verificarsi della morte o dell'Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato.

In tutti i casi di sospensione ed estinzione dell'Assicurazione Principale, la Garanzia Aggiuntiva decade ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia.

### **Art. 8 - Riattivazione**

La riattivazione dell'Assicurazione Principale comporterà la riattivazione della Garanzia Aggiuntiva.

### **Art. 9 - Modifica delle condizioni tariffarie**

La Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi. In tal caso la Compagnia si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità di polizza, il nuovo premio da pagare per l'annualità assicurativa successiva. Il Contraente potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio. Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale.

Il Contraente che non intenda accettare un eventuale aumento del premio dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta, applicando il tasso di premio aggiornato riferito all'età assicurativa raggiunta alla riscossione annua, all'ultimo premio corrisposto.

#### **Art. 10 - Esclusioni**

Sono esclusi dalla presente Garanzia Aggiuntiva i casi di invalidità conseguenti a:

- tentato suicidio;
- infortunio aereo, comunque verificatosi, sia in volo che a terra dipendente da attività professionale aeronautica, militare o civile del Contraente;
- cause di guerra;
- tutti i casi di esclusione previsti nelle Condizioni di assicurazione dell'Assicurazione Principale.

#### **Art. 11 - Denuncia dell'invalidità e obblighi relativi**

Il Contraente, verificatasi l'invalidità totale e permanente, deve farne denuncia alla Compagnia a mezzo lettera Raccomandata, allegando un particolareggiato certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che ha prodotto l'invalidità.

A richiesta della Compagnia, il Contraente, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente Garanzia Aggiuntiva, ha l'obbligo di:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Compagnia per l'accertamento dello stato di invalidità;
- fornire tutta la documentazione che la Compagnia riterrà opportuna per determinare le cause e le conseguenze della malattia o della lesione che hanno prodotto l'invalidità;
- consentire alla Compagnia tutte le indagini e accertamenti sanitari che essa riterrà necessari.

#### **Art. 12 - Obblighi successivi al riconoscimento dell'invalidità**

L'invalidità totale e permanente, quando riconosciuta, produce i suoi effetti dalla data del timbro postale della lettera Raccomandata di cui al precedente art. 1.

**In caso di riconosciuta invalidità totale e permanente il Contraente, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente Garanzia Aggiuntiva, ha l'obbligo di:**

- fornire ogni notizia richiesta per accertare il permanere dell'invalidità e di comunicare in ogni caso l'intervenuta cessazione o le mutate condizioni dell'invalidità stessa;
- consentire che la Compagnia accerti, con medici di sua fiducia e a sue spese, non più di una volta all'anno, la persistenza dell'invalidità;
- informare la Compagnia in merito ad eventuali cambi di residenza del Contraente.

#### **Art. 13 - Controversia e Collegio Arbitrale**

Qualora il sinistro non venga riconosciuto alla Compagnia, purché la polizza sia regolarmente in vigore, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece, ha la facoltà di chiedere, con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione della Compagnia, entro 60 giorni dalla comunicazione del rifiuto da parte della Compagnia, la constatazione del sinistro a mezzo di un Collegio Arbitrale composto da tre medici i quali giudicheranno in merito in modo inappellabile e senza formalità di procedura.

Dei tre medici uno è nominato dalla Compagnia, uno dal Contraente ed il terzo è scelto dai primi due così nominati.

In caso di disaccordo, la nomina del terzo medico verrà demandata al Presidente del Tribunale del luogo di residenza o domicilio del Contraente.

Ogni parte sopporta le spese del proprio medico e la metà di quelle del terzo.

#### **Art. 14 - Obblighi antecedenti il riconoscimento dello stato di invalidità**

Finché lo stato di invalidità totale e permanente non sia stato definitivamente accertato, il Contraente è tenuto a proseguire il pagamento dei premi dell'Assicurazione Principale per la durata prevista.

Accertata l'invalidità totale e permanente, o la persistenza di essa, verrà restituito l'importo dei premi pagati scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità.

**Art. 15 - Cessazione dell'invalidità**

Qualora venga accertata la cessazione dell'invalidità totale e permanente la Compagnia notifica al Contraente, con lettera Raccomandata, la revoca dell'esenzione dal pagamento dei premi dalla data di cessazione dell'invalidità. In questo caso il Contraente, anche se ricorre alla decisione del Collegio Arbitrale previsto dall'art. 13, è nuovamente tenuto al pagamento dei premi.

**Art. 16 - Garanzie Aggiuntive**

Se la polizza prevede anche altre Garanzie Aggiuntive, tali assicurazioni cessano al momento stesso in cui il Contraente viene riconosciuto invalido ai sensi delle presenti condizioni ad eccezione della Garanzia Aggiuntiva Living Needs Benefit.

**Art. 17 - Richiamo alle Condizioni di Polizza**

Per tutto ciò che non è previsto da queste condizioni valgono in quanto applicabili le Condizioni di assicurazione e le norme di legge in materia.



## **CONDIZIONI APPLICABILI ALLA GARANZIA AGGIUNTIVA IFGP INVALIDITA' FUNZIONALE GRAVE E PERMANENTE**

(valida solo se espressamente richiamata in proposta e in polizza)

### **Art. 1 - Prestazione di Invalidità Funzionale Grave e Permanente**

Il Contraente può, in proposta, richiedere la prestazione per Invalidità Funzionale Grave e Permanente che garantisce all'Assicurato il pagamento del capitale assicurato in qualsiasi epoca avvenga l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato, a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi. Una volta riconosciuto lo stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente l'assicurazione cesserà di produrre effetto.

### **Art. 2 - Entrata in vigore**

La Garanzia Aggiuntiva entra in vigore a partire dall'entrata in vigore dell'Assicurazione Principale.

### **Art. 3 - Definizione di Invalidità Funzionale Grave e Permanente**

Per Invalidità Funzionale Grave e Permanente si intende una delle seguenti condizioni:

- a. coma irreversibile;
- b. perdita anatomica totale e permanente di entrambi gli arti superiori a partire dal polso;
- c. perdita anatomica totale e permanente di entrambi gli arti inferiori a partire dal collo del piede;
- d. perdita anatomica totale e permanente di uno degli arti superiori a partire dal polso, unitamente ad uno degli arti inferiori a partire dal collo del piede;
- e. perdita totale e permanente dell'uso di entrambi gli arti superiori o di entrambi gli arti inferiori o di uno degli arti superiori e di uno degli arti inferiori congiuntamente.

Per "perdita totale e permanente dell'uso degli arti superiori o inferiori" si intende la perdita completa delle loro funzioni motorie, in seguito a paralisi motoria completa degli arti superiori o inferiori, ovvero, anchilosi totale di ciascuna delle tre principali articolazioni (nell'arto superiore l'articolazione della spalla, quella del gomito e quella della mano; nell'arto inferiore, l'articolazione dell'anca, quella del ginocchio e quella del collo del piede) degli arti superiori o inferiori con l'impossibilità di recupero.

### **Art. 4 - Condizioni di assicurabilità - Limiti di età**

L'età minima dell'Assicurato è 18 anni, mentre l'età massima è 80 anni. L'età massima dell'Assicurato alla scadenza è pari a 85 anni.

### **Art. 5 - Durata della Garanzia Aggiuntiva.**

La durata della presente Garanzia Aggiuntiva è pari alla durata contrattuale prevista in proposta scelta dal Contraente. Pertanto la durata minima è di 5 anni, mentre la durata massima è di 40 anni con età massima dell'Assicurato a scadenza è pari ad 85 anni.

La presente Garanzia aggiuntiva si estingue nei casi di sospensione ed estinzione dell'Assicurazione Principale.

### **Art. 6 - Premio**

Il premio della presente Garanzia Aggiuntiva è determinato in base alla prestazione dell'Assicurazione Principale caso morte. Il premio è dovuto per tutta la durata della Garanzia Aggiuntiva.

### **Art. 7 - Modifica delle condizioni tariffarie**

La Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi. In tal caso la Compagnia si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità di polizza, il nuovo premio da pagare per l'annualità assicurativa successiva. Il Contraente potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio. Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale.

Il Contraente che non intenda accettare un eventuale aumento del premio dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ridotta, applicando il tasso di premio aggiornato riferito all'età assicurativa raggiunta alla riscossione annua, all'ultimo premio corrisposto.

#### **Art. 8 - Sospensione ed estinzione**

In tutti i casi di sospensione ed estinzione dell'Assicurazione Principale, la Garanzia Aggiuntiva decade ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia.

La presente Garanzia Aggiuntiva decade nel caso in cui venga riconosciuta l'invalidità Totale e Permanente (INVEP) all'Assicurato

#### **Art. 9 - Riattivazione della Garanzia Aggiuntiva IFGP**

La riattivazione dell'Assicurazione Principale comporterà la riattivazione della Garanzia Aggiuntiva.

#### **Art. 10 - Carenza**

Sono applicabili le Condizioni di assicurazione dell'Assicurazione Principale.

#### **Art. 11 - Esclusioni**

Il capitale assicurato non viene liquidato nei casi in cui l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente derivi da dolo dell'Assicurato o nei casi di esclusione previsti nelle Condizioni di assicurazione. dell'Assicurazione Principale.

#### **Art. 12 - Collegio Arbitrale**

Qualora il sinistro non venga riconosciuto dalla Compagnia, purché la polizza sia regolarmente in vigore, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in loro vece, ha la facoltà di chiedere, con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione della Compagnia, entro 60 giorni dalla comunicazione del rifiuto da parte della Compagnia, la constatazione del sinistro a mezzo di un Collegio Arbitrale composto da tre medici i quali giudicheranno in merito in modo inappellabile e senza formalità di procedura.

Dei tre medici uno è nominato dalla Compagnia, uno dal Contraente ed il terzo è scelto dai primi due così nominati.

In caso di disaccordo, la nomina del terzo medico verrà demandata al Presidente del Tribunale del luogo di residenza o domicilio del Contraente.

Ogni parte sopporta le spese del proprio medico e la metà di quelle del terzo.

#### **Art. 13 - Denuncia di Invalidità Funzionale Grave e Permanente**

Il Contraente, il Beneficiario, l'Assicurato o il suo rappresentante, verificatesi le condizioni di cui al precedente art. 3, invieranno alla Direzione della Compagnia **una denuncia scritta allegando sia la dichiarazione del medico curante attestante lo stato di salute dell'Assicurato sia la documentazione sanitaria relativa all'evento.**

Il Contraente, il Beneficiario, l'Assicurato o il suo rappresentante, a richiesta della Compagnia, hanno l'obbligo, sotto pena di decadenza dai diritti derivanti dalla presente assicurazione, di:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Compagnia per l'accertamento dello stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente;
- consentire che la Compagnia accerti con medici di sua fiducia e a sue spese lo stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato.

#### **Art. 14 - Riconoscimento e pagamento dello stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente**

Qualora la Compagnia riconosca lo stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente, il capitale assicurato sarà liquidato all'Assicurato o al suo rappresentante entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta e delle eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.

L'assicurazione, una volta riconosciuto lo stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente, cesserà di produrre i suoi effetti e la Compagnia restituirà gli eventuali premi pagati successivamente alla data di denuncia dell'Invalidità Funzionale Grave e Permanente.

Fino a quando l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente non è riconosciuta o non è stata definitivamente accertata, il Contraente è tenuto a proseguire il versamento dei premi.

#### **Art. 15 - Richiamo alle Condizioni di Polizza**

Per tutto ciò che non è previsto da queste condizioni valgono in quanto applicabili le Condizioni di assicurazione e le norme di legge in materia.

# GLOSSARIO

---

## A

### **Appendice**

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia ed il Contraente.

### **Assicurato**

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

## B

### **Beneficiario**

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

## C

### **Caricamenti**

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Compagnia.

### **Cessione**

Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o comunque di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso.

### **Compagnia**

Pramerica Life S.p.A., società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

### **Conclusione del contratto / Perfezionamento del contratto**

Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il contratto sottoscritto dalla Compagnia.

### **Condizioni di assicurazione**

Insieme delle clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, e possono essere integrate da condizioni particolari ed aggiuntive.

### **Consolidamento**

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

### **Contraente**

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

### **Controassicurazione**

Clausola contrattuale che consente la restituzione dei premi pagati nel caso in cui l'Assicurato muoia durante la durata contrattuale.

### **Costo percentuale medio annuo**

Indicatore sintetico di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi prelevati dai premi ed eventualmente dalle risorse gestite dalla Compagnia, il potenziale tasso di rendimento della polizza rispetto a quello di un'ipotetica operazione non gravata da costi.

## D

### **Decorrenza del contratto (decorrenza della garanzia, decorrenza della polizza)**

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

### **Differimento di scadenza**

Il periodo di differimento alla scadenza rappresenta l'intervallo di tempo che intercorre tra il momento in cui si verifica la scadenza di una polizza caso vita ed il momento in cui la Compagnia paga il Capitale o inizia a corrispondere la rendita. In questo periodo la prestazione maturata continua a rivalutarsi.

### **Durata del contratto**

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

### **Durata del pagamento dei premi**

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

## E

### **Estratto conto annuale**

Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto.

### **Età assicurativa**

Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

## F

### **Fondo Pramerica Financial**

Nome della Gestione Separata di Pramerica Life (Vedi "Gestione separata")

## G

### **Gestione Separata (gestione interna separata)**

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

## I

### **Impignorabilità e inesquestrabilità**

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

### **Imposta Sostitutiva**

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

### **Imposta sulle assicurazioni**

Imposta applicata ai premi versati dal Cliente relativamente a garanzie non attinenti la vita umana.

### **Intermediario**

E' l'intermediario assicurativo, di cui al titolo IX (Intermediari di assicurazione e di riassicurazione) del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 – Codice delle Assicurazioni Private, del Gruppo Assicurativo Pramerica, convenzionalmente denominato anche Agente, Sub-Agente, Sales Associate e Banche.

### **IVASS**

(Il 1° gennaio 2013 l'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è succeduto in tutti i poteri,

**funzioni e competenze dell'ISVAP. Ogni riferimento all'ISVAP contenuto nella documentazione contrattuale e precontrattuale deve intendersi effettuato all'IVASS).**

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

## M

### **Minimo trattenuto**

Quella parte del tasso di rendimento finanziario che viene trattenuta dalla Compagnia, secondo il meccanismo illustrato nella Clausola di Rivalutazione delle Condizioni di assicurazione.

## O

### **Opzioni (di contratto)**

Facoltà del Contraente di scegliere che la prestazione liquidabile sia corrisposta in una modalità diversa da quella originariamente prevista. Ad esempio, la possibilità di scegliere che il capitale liquidabile alla scadenza contrattuale sia convertito in una rendita vitalizia oppure, viceversa, di chiedere che la rendita vitalizia sia convertita in un capitale da pagare in soluzione unica.

## P

### **Partecipazione agli utili**

Percentuale del rendimento finanziario attribuita al Contratto.

### **Pegno**

Con il pegno il Contraente pone il valore di riscatto del contratto assicurativo come garanzia reale per un affidamento concesso da terzi (di solito una banca).

### **Perfezionamento del contratto**

Vedi "Conclusione del contratto".

### **Polizza**

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

### **Premio**

Importo che il Contraente si impegna a corrispondere alla Compagnia.

### **Prescrizione**

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

### **Prestito**

Somma che il Contraente può richiedere alla Compagnia nei limiti del valore di riscatto eventualmente previsto dal contratto. Le condizioni, il tasso d'interesse e le modalità di rimborso del prestito vengono definite in una apposita appendice da allegare al contratto.

### **Proposta**

Documento con il quale il Contraente chiede alla Compagnia di stipulare un contratto di assicurazione.

## Q

### **Quietanza di Pagamento**

Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su apposito modulo della Compagnia in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza) o con Bancomat/ Carta di credito costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Compagnia (RID bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

## R

### **Recesso (o ripensamento)**

Diritto del Contraente di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione.

### **Regolamento della gestione separata**

L'insieme delle norme, riportate nelle Condizioni di assicurazione, che regolano la gestione separata.

**Retrocessione**

La percentuale del rendimento conseguito nel periodo di osservazione, dalla gestione separata degli investimenti che la Compagnia riconosce agli assicurati.

**Revoca della proposta**

Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

**Riattivazione**

Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle Condizioni di assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

**Ricorrenza annuale**

L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

**Riduzione**

Diminuzione della prestazione inizialmente assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere il pagamento dei premi periodici, determinata tenendo conto dei premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti.

**Riscatto**

Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni di assicurazione. Quando viene esercitato in anticipo sulla scadenza del periodo di pagamento dei premi, il riscatto è penalizzante per il Cliente.

**Riserva matematica**

Per riserva matematica si intende il debito che la compagnia di assicurazione ha maturato nei confronti dei propri assicurati, sulla base degli impegni contrattualmente assunti. Si definisce Riserva Matematica perché fa riferimento a formule matematiche attuariali per la sua quantificazione e perché costituita dall'accantonamento di una quota dei premi di tariffa pagati dal contraente. La legge impone alle Compagnia particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

**Risoluzione del contratto**

Interruzione dell'efficacia del contratto a fronte di richiesta scritta del Cliente o per mancato pagamento dei premi.

**Rivalutazione delle Prestazioni**

Maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della gestione separata secondo la periodicità (semestrale) stabilita dalle Condizioni di assicurazione.

---

**S****Sinistro**

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

---

**T****Tariffa**

Insieme di basi demografiche e finanziarie che consentono di determinare il premio che il Contraente deve versare per ottenere la prestazione richiesta.

**Tasso di Rendimento Minimo Garantito**

Rendimento finanziario, annuo e composto, che la Compagnia di assicurazione garantisce alle prestazioni assicurate. Può essere già conteggiato nel calcolo delle prestazioni assicurate iniziali oppure riconosciuto

anno per anno tenendo conto del rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata.

## V

### **Vincolo**

Con il vincolo di polizza il Contraente designa un terzo beneficiario, che si antepone al primo, nella riscossione (totale o parziale) della prestazione assicurativa, al verificarsi di alcune condizioni.





# Pramerica

[www.pramericagroup.it](http://www.pramericagroup.it)

Pramerica Life S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale

Piazza della Repubblica, 14 - 20124 Milano

Tel. 0272258.1 - Fax 0272003580

PEC: [pramerica@legalmail.it](mailto:pramerica@legalmail.it)

Capitale Sociale € 12.500.000 i.v.

Partita IVA 10528800963

Codice fiscale e n. di iscrizione Registro imprese di Milano 02653150108

Iscritta all'Albo imprese di Assicurazione al n. 1.00086

Capogruppo del Gruppo Assicurativo Pramerica, iscritto all'Albo Gruppo Assicurativo al n. 017.

Una Società controllata, coordinata e diretta da Prudential Financial Inc. USA - Socio Unico Prudential Financial Inc. USA non è affiliata con Prudential Plc. che ha sede nel Regno Unito.