



# Pramerica

Contratto di Assicurazione di Capitale Differito Rivalutabile  
e Temporanea Caso Morte a capitale costante e  
premio annuo costante, con possibilità di Assicurazioni  
Complementari 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.**

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono redatte secondo le linee guida "Contratti semplici e chiari".

Edizione 01/20

## Pramerica Life S.p.A.

Società soggetta a direzione e coordinamento  
di Eurovita Holding S.p.A.

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

**ALLEGATO DI PRECISAZIONE AL SET INFORMATIVO  
"Pramerica Term Plus" - Vers. 01/20**

Con il presente allegato si precisa che i dati di seguito riportati sostituiscono quelli riportati all'interno del DIP Aggiuntivo IBIP relativo al prodotto sopra indicato.

In particolare, a far data dal 1° giugno 2020, sono da considerare sostituiti all'interno del DIP Aggiuntivo IBIP:

- a pagina 1 di 8, i seguenti dati:

*Il patrimonio netto di Pramerica Life S.p.A. ammonta ad € 62,1 milioni al 31/12/2019, di cui il capitale sociale è pari ad € 12,5 milioni e le riserve patrimoniali ammontano ad € 49,6 milioni. L'indice di solvibilità di Pramerica, determinato in applicazione della normativa Solvency II, è pari al 293 % che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.*

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

# 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 ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI E VERSAMENTI INTEGRATIVI A PREMIO UNICO

Il presente Set Informativo, contenente:

Documento contenente le informazioni chiave (KID)	Pag. 2
DIP Aggiuntivo IBIP	Pag. 5
Condizioni di assicurazione comprensive del Regolamento della Gestione interna separata	Pag. 13

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

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

**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 anche "Compagnia") – Società soggetta a direzione e coordinamento di Eurovita Holding S.p.A..

Sito web: [www.pramericagroup.it](http://www.pramericagroup.it). - 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: 01/01/2020.

**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. La Compagnia 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 della Compagnia 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 la Compagnia 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	6.053,78	13.600,68
	Rendimento medio per ciascun anno	0,00%	-6,23%	-1,23%
Scenario moderato	Possibile rimborso al netto dei costi	0,00	6.058,94	13.628,67
	Rendimento medio per ciascun anno	0,00%	-6,21%	-1,21%
Scenario favorevole	Possibile rimborso al netto dei costi	0,00	6.067,76	13.695,17
	Rendimento medio per ciascun anno	0,00%	-6,18%	-1,15%
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 LA COMPAGNIA NON E' IN GRADO DI CORRISPONDERE QUANTO DOVUTO?**

In caso di insolvenza della Compagnia, 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	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)
Scenari			
<b>Costi totali</b>	0,00	3.151,84	5.546,66
Impatto sul rendimento (RIY) per anno	0,00%	9,34%	4,22%

*\*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	4,22 %	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 dalla Compagnia.

La Compagnia 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 della Compagnia 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 Compagnia, 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 dalla Compagnia sono soggetti alla legislazione fiscale italiana che può avere impatto sulla vostra posizione fiscale.

La Compagnia 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 Assicurazioni Complementari 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: 01/01/2020

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 – soggetta a direzione e coordinamento di Eurovita Holding S.p.A., 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 ad € 60,23 milioni al 31/12/2018, di cui il capitale sociale è pari ad € 12,5 milioni e le riserve patrimoniali ammontano ad € 47,73 milioni. L'indice di solvibilità di Pramerica, determinato in applicazione della normativa Solvency II, è pari al 294,5 % 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.

### Assicurazione Principale:

- ✓ **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.

### Assicurazione integrativa – facoltativa:

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

### Assicurazioni Complementari – facoltative:

- ✓ **Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP);**
- ✓ **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.

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 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.

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?

<p><b>Cosa fare in caso di evento?</b></p>	<p><b>Denuncia:</b> in caso di sinistro deve essere presentata alla Compagnia denuncia scritta e deve essere prodotta tutta la documentazione indicata all'interno delle Condizioni di Assicurazione.</p> <p><b>Prescrizione:</b> 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.</p> <p><b>Erogazione della prestazione:</b> 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.</p>
<p><b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b></p>	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento;</li> <li>• 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;</li> </ul> </li> <li>b. nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la riduzione, in caso di sinistro, del capitale assicurato in relazione al maggior rischio accertato;</li> <li>• la facoltà di recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;</li> </ul> </li> </ol>



## 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 60,12%.



## 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>

### PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

<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.

### REGIME FISCALE

<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

<b>GLOSSARIO</b>	pag. 3
<b>QUALI SONO LE PRESTAZIONI?</b>	
1. Assicurazione Principale	pag. 8
2. Versamenti Integrativi	pag. 9
3. Assicurazioni Complementari	pag. 9
• Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP)	pag. 10
• Critical Illness (CRILL)	pag. 10
• Long Term Care (LTC)	pag. 12
• Living Needs Benefit — Beneficio in vita (LNB)	pag. 14
• Esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente (INVEP)	pag. 14
4. Opzioni	pag. 16
• Opzione di differimento automatico di scadenza della liquidazione del capitale	pag. 16
• Opzione di conversione del capitale in rendita a scadenza	pag. 16
• Opzioni in caso di morte	pag. 16
• Opzioni in caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP)	pag. 17
• Opzione Flash Benefit	pag. 17
• Versamenti Integrativi	pag. 17
• Opzione LTC a scadenza	pag. 17
5. Clausola di rivalutazione	pag. 18
<b>COSA NON E' ASSICURATO? CI SONO LIMITI DI COPERTURA?</b>	
6. Persone non assicurabili	pag. 20
7. Esclusioni e limitazioni	pag. 20
<b>CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA LA COMPAGNIA?</b>	
8. Denuncia del sinistro e documentazione da presentare	pag. 23
9. Prescrizione	pag. 25
10. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	pag. 25
11. Pagamenti della Compagnia	pag. 26
<b>QUANDO E COME DEVO PAGARE?</b>	
12. Premio (limiti e mezzi di pagamento)	pag. 27
<b>QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?</b>	
13. Conclusione del contratto e decorrenza della copertura	pag. 29
14. Durata	pag. 29
<b>COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO?</b>	
15. Revoca della proposta	pag. 30
16. Diritto di recesso	pag. 30
17. Risoluzione	pag. 30
<b>SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI?</b>	
18. Riscatto	pag. 31
19. Riduzione	pag. 31
20. Riscatto della polizza ridotta	pag. 32
21. Mancato pagamento del premio: sospensione, riduzione e risoluzione	pag. 32
22. Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione	pag. 32
<b>QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?</b>	
23. Costi	pag. 34

## **ALTRE INFORMAZIONI**

24. Beneficiario	pag. 35
25. Non pignorabilità e non sequestrabilità	pag. 35
26. Cessione — Pegno — Vincolo	pag. 35
27. Tasse ed imposte	pag. 35
28. Controversie e foro competente	pag. 35
29. Legge applicabile al contratto	pag. 36
30. Lingua in cui è redatto il contratto	pag. 36
 <b>REGOLAMENTO Gestione separata degli investimenti “Fondo Pramerica Financial”</b>	 pag. 37

# GLOSSARIO

## **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.

## **Beneficiario**

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

## **Carenza**

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

## **Caricamenti**

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

## **Cessione**

Condizione secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto. Tale atto diviene efficace 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**

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 che disciplinano il contratto di assicurazione. 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.

## **Costi**

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla società, nonché oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

## **Decorrenza**

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

**Differimento (periodo di)**

Nelle polizze che prevedono una prestazione liquidabile a scadenza, periodo che intercorre tra la scadenza del contratto e la liquidazione del capitale o della rendita.

**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.

**Esclusioni**

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

**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.

**Fondo Pramerica Financial**

Nome della Gestione Separata della Compagnia (vedi "Gestione separata")

**Assicurazioni Complementari**

Garanzia di puro rischio abbinata facoltativamente all'Assicurazione Principale, come ad esempio la garanzia complementare infortuni o la garanzia esonero pagamento premi in caso di invalidità.

**Assicurazione Principale**

Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario, ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari.

**Garanzia Aggiuntiva**

Si veda "Assicurazioni Complementari"

**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.

**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**

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

**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. (IVASS 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).

**Liquidazione**

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

**Minimo trattenuto**

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

**Opzione**

Clausola del contratto di assicurazione secondo cui il Contraente può 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.

**Partecipazione agli utili**

Percentuale del rendimento finanziario attribuita al Contratto.

**Pegno**

Condizione secondo cui il contraente ha la facoltà di dare in pegno il contratto. Tale atto diviene efficace solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. Qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia della garanzia prestata richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno. Con il pegno il Contraente pone il valore di riscatto del contratto 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, in qualità di proponente, manifesta alla Compagnia la volontà di concludere un contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

### **Proroga**

Prolungamento del periodo di efficacia del contratto di assicurazione.

### **Questionario Sanitario (o anamnestico)**

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

### **Quietanza 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 (addebito diretto SEPA), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

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

Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

### **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**

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.

### **Riscatto parziale**

Facoltà del Contraente di riscuotere anticipatamente una parte del valore di riscatto maturato sulla polizza alla data della richiesta e determinato in base alle Condizioni di assicurazione.

### **Riserva matematica**

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 Compagnie particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie 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.

#### **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.

#### **Sovrappremio**

Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

#### **Tariffa**

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

#### **Tariffa Privilegiata**

Tariffa basata sul principio di differenziazione del rischio (e quindi dell'importo del premio da versare) in funzione delle condizioni di salute e all'abitudine al fumo dell'Assicurato.

#### **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.

#### **Trasformazione**

Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Compagnia, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.

#### **Vincolo**

Condizione secondo cui il contraente ha la facoltà di vincolare le somme assicurate dal contratto. Tale atto diviene efficace solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. Qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia della garanzia prestata richiede l'assenso scritto del vincolatario. 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.

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

## Oggetto del contratto

Contratto di assicurazione di capitale differito rivalutabile e temporanea caso morte, a premio annuo costante, con possibilità di Assicurazioni Complementari e Versamenti Integrativi a premio unico.

Il contratto prevede il pagamento di capitale ai Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato.

Le prestazioni relative al capitale differito assicurate dal presente contratto sono contrattualmente garantite dalla Compagnia e si rivalutano semestralmente in base al rendimento di una gestione interna separata di attivi denominata "Fondo Pramerica Financial".

Il contratto è disciplinato dalla documentazione precontrattuale, dalle condizioni di assicurazione che seguono, nonché da quanto indicato nelle eventuali appendici e negli allegati.

## QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

### Prestazioni Assicurate

Il contratto è costituito dall'Assicurazione Principale, dalle eventuali Assicurazioni Complementari nonché dagli eventuali Versamenti Integrativi a premio unico.

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

#### Art. 1 - Assicurazione Principale

##### - In caso di vita a scadenza-

In caso di vita dell'Assicurato al termine della durata contrattuale, la Compagnia si impegna a pagare all'Assicurato stesso il capitale differito rivalutato nella misura e secondo le modalità contenute nella Clausola di Rivalutazione, a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi.

##### - In caso di decesso -

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario designato in polizza il capitale assicurato dell'assicurazione Temporanea Caso Morte (TCM), a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi, fatto salvo quanto previsto al successivo art. 7.

Qualora l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica (richiesta dalla Compagnia per età dell'Assicurato e capitale assicurato) 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.

La Compagnia offre, inoltre, una garanzia temporanea all'Assicurato anche quando il contratto non si sia ancora concluso (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).

In particolare, la Compagnia liquiderà al Beneficiario il capitale assicurato della sola Assicurazione Principale



(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), a condizione che:

- il decesso dell'Assicurato sia intervenuto dopo la sottoscrizione della proposta di polizza da parte del Contraente e dell'Assicurato;
- la prima rata di premio sia stata pagata e l'incasso sia andato a buon fine;
- Il decesso 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, il contratto si intenderà non concluso e la Compagnia provvederà a restituire il premio di rata versato.

Pertanto nulla sarà dovuto al Contraente e/o al Beneficiario, neppure per la morte conseguenza diretta di infortunio. Sono in ogni caso fatte salve le esclusioni e limitazioni dalla copertura assicurativa di cui al successivo art. 7.

## **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.

### **Prestazione assicurata**

#### - Caso di vita -

In relazione a ciascun Versamento Integrativo, la Compagnia si impegna a pagare 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.

#### - In caso di morte, IFGP o LNB totale -

In caso di morte, IFGP o LNB 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. 3 - Assicurazioni complementari**

Il Contraente, al momento della sottoscrizione della proposta, può integrare la prestazione prevista dall'Assicurazione Principale con almeno una o più delle seguenti Assicurazioni Complementari facoltative:

- Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP);
- Critical Illness – (CRILL);
- Long Term Care (LTC);
- Living Needs Benefif – Beneficio in Vita (LNB);
- Esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente (INVEP).

Per le Assicurazioni Complementari valgono le seguenti norme comuni :

- operano unicamente se il Contraente ne fa richiesta al momento della sottoscrizione della proposta;
- entrano in vigore a partire dall'entrata in vigore dell'Assicurazione Principale;
- rimangono sospese nei propri effetti in caso di sospensione dell'Assicurazione Principale;
- vengono riattivate in caso di riattivazione dell'Assicurazione Principale, salvo diversa richiesta scritta del Contraente e salvo quanto previsto per le Assicurazioni Complementari IFGP, LTC e CRILL per le quali è necessaria una valutazione delle condizioni dell'Assicurato/Contraente;
- in caso di sospensione delle sole Assicurazioni Complementari, queste non possono essere riattivate;

- in tutti i casi di estinzione delle Assicurazioni Complementari gli eventuali premi pagati relativi alle coperture stesse restano acquisiti dalla Compagnia;
  - si estinguono in caso di estinzione dell'Assicurazione Principale, oltre che nei casi specificamente previsti per le singole Assicurazioni Complementari.
- **INVALIDITA' FUNZIONALE GRAVE E PERMANENTE (di seguito anche "IFGP")**

#### **Prestazione assicurata**

La presente Assicurazione Complementare garantisce la liquidazione all'Assicurato designato in polizza (o al suo legale rappresentante) del capitale rivalutato nella misura e secondo le modalità contenute nella Clausola di Rivalutazione, al netto di eventuali riscatti parziali e a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi, nel caso in cui l'Assicurato venga colpito, entro la scadenza contrattuale, da Invalidità Grave e Permanente. Una volta riconosciuto lo stato di IFGP il contratto cesserà di produrre effetto.

#### **Definizione di Invalidità Funzionale Grave e Permanente**

Ai fini della presente Assicurazione Complementare, per IFGP si intende una delle seguenti condizioni:

- a. coma irreversibile;
- b. perdita anatomica totale e permanente di:
  - entrambi gli arti superiori a partire dal polso;
  - entrambi gli arti inferiori a partire dal collo del piede;
  - uno degli arti superiori a partire dal polso, unitamente ad uno degli arti inferiori a partire dal collo del piede;
- c. perdita totale e permanente dell'uso di entrambi gli arti superiori o inferiori (con cui si intende la perdita completa delle loro funzioni motorie, in seguito a paralisi motoria completa, ovvero, anchilosi totale di ciascuna delle tre principali articolazioni degli arti superiori o inferiori con l'impossibilità di recupero) o di uno degli arti superiori e di uno degli arti inferiori congiuntamente.

#### **Durata**

La presente Assicurazione Complementare ha la medesima durata dell'Assicurazione Principale.

#### **Premio**

Per la presente Assicurazione Complementare non è richiesto il pagamento di alcun premio.

Fino a quando l'IFGP non è riconosciuta o non è stata definitivamente accertata, il Contraente è tenuto a proseguire il versamento dei premi.

Una volta riconosciuto lo stato di IFGP il contratto cesserà di produrre i suoi effetti e la Compagnia restituirà gli eventuali premi pagati successivamente alla data di denuncia dell'IFGP.

#### **Estinzione**

La presente Assicurazione Complementare si estingue, oltre che in caso di estinzione dell'Assicurazione Principale, nei seguenti casi:

- al verificarsi della morte o dell'IFGP dell'Assicurato nonché qualora venga riconosciuto il LNB totale;
- al riconoscimento dell'Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato (INVEP).

- **CRITICAL ILLNESS – Malattia Grave (di seguito anche "CRILL")**

#### **Prestazione assicurata**

La presente Assicurazione Complementare garantisce la liquidazione del capitale assicurato indicato in polizza per la specifica copertura qualora l'Assicurato venga colpito, entro la scadenza contrattuale, da una delle malattie gravi di seguito definite.

#### **Definizioni di malattia grave**

Ai fini della presente Assicurazione Complementare, per Malattia Grave si intende esclusivamente una delle seguenti patologie che abbia comportato una invalidità dell'Assicurato superiore al 5%:

#### 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 nucleare) o da una TAC (tomografia assiale computerizzata) o da un esame del liquido cerebrospinale, tali da confermare l'ictus recente.

#### **Durata**

La presente Assicurazione Complementare ha la medesima durata 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 Assicurazione Complementare 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.

#### **Premio**

Il premio della presente Assicurazione Complementare è determinato in base:

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

Finché la Malattia Grave non sia stata definitivamente accertata, il Contraente è tenuto a proseguire il pagamento del premio pattuito per tutta la durata prevista.

Accertata la 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 Assicurazioni Complementari.

#### **Estinzione**

Con il pagamento del capitale assicurato per Malattia Grave, la presente Assicurazione Complementare si estingue e nulla è più dovuto qualora l'Assicurato venga in seguito colpito da altra Malattia Grave; la garanzia non sarà più

operativa, mentre rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Assicurazioni Complementari. Il Contraente è quindi tenuto a continuare a pagare i premi previsti dell'Assicurazione Principale e delle altre eventuali Assicurazioni Complementari.

Se alla data di scadenza della copertura l'Assicurato non è stato colpito da una Malattia Grave, la presente Assicurazione Complementare si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

La presente Assicurazione Complementare si estingue, oltre che nei casi sopra indicati e in caso di estinzione dell'Assicurazione Principale:

- al verificarsi della morte o dell'IGP dell'Assicurato nonché qualora venga riconosciuto il LNB totale;
- al riconoscimento dell'Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato (INVEP).

#### **Pagamento del capitale CRILL**

La Compagnia comunica, entro il termine massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione prevista se intende riconoscere o meno il sinistro Malattia Grave.

Qualora la Compagnia riconosca il diritto all'indennizzo della Malattia Grave verrà liquidato all'Assicurato il capitale assicurato previsto in proposta e polizza, come specificato di seguito:

- nei casi di ictus la liquidazione del sinistro può essere fatta dopo almeno tre mesi dalla data di insorgenza dell'evento;
- in tutti gli altri casi entro un termine massimo di 30 giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione richiesta comprese le eventuali integrazioni che si dovessero ritenere necessarie.

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.

#### **• LONG TERM CARE – Non autosufficienza (di seguito anche “LTC”)**

##### **Prestazione assicurata**

La presente Assicurazione Complementare 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 di seguito definito 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, in base a quanto previsto in proposta e polizza.

##### **Definizione dello stato di non autosufficienza**

Ai fini della presente Assicurazione Complementare, si intende 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.

##### **Durata**

La presente Assicurazione Complementare ha la medesima durata dell'Assicurazione Principale. Tuttavia l'età massima dell'Assicurato a scadenza è 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 Assicurazione Complementare si estingue alla scadenza dell'annualità di premio corrispondente al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato.

### **Premio**

Il premio della presente Assicurazione Complementare è determinato in base:

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

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 Non Autosufficienza, verrà restituito l'importo dei premi relativi alla presente Assicurazione Complementare, pagati e scaduti posteriormente al periodo di franchigia di 90 giorni dopo la denuncia della Non Autosufficienza e nessun premio successivo, relativo alla presente Assicurazione Complementare, sarà dovuto.

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

### **Estinzione**

Con il pagamento della prestazione assicurata per Non Autosufficienza, la presente Assicurazione Complementare si estingue e nulla è più dovuto. La copertura non sarà più operativa mentre rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Assicurazioni Complementari.

Il Contraente è quindi tenuto a continuare a pagare i premi previsti dell'Assicurazione Principale e delle eventuali Assicurazioni Complementari.

Se alla data di scadenza della presente Assicurazione Complementare l'Assicurato non è stato colpito dalla Non Autosufficienza, la presente Assicurazione Complementare si estingue ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

La presente Assicurazione Complementare si estingue, oltre che nei casi sopra indicati e in caso di estinzione dell'Assicurazione Principale:

- al verificarsi della morte o dell'IFGP dell'Assicurato nonché qualora venga riconosciuto il LNB totale;
- al riconoscimento dell'Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato (INVEP).

### **Pagamento della prestazione LTC**

La rendita sarà corrisposta se lo stato di Non Autosufficienza 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 si impegna ad accertare la Non Autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia, accompagnata dalla documentazione prevista.

L'erogazione della rendita avrà inizio, se perdura la Non Autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di franchigia) a partire dalla data di denuncia. Qualora gli accertamenti necessitino di più di 90 giorni, all'atto dell'accertamento verranno erogate le eventuali rate di rendita arretrate e non erogate.

Una volta accertata e riconosciuta la 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 la Non Autosufficienza sia stata accertata, 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.

### **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.

- **LIVING NEEDS BENEFIT - BENEFICIO IN VITA (di seguito anche "LNB")**

**Prestazione assicurata**

La presente Assicurazione Complementare garantisce all'Assicurato la liquidazione anticipata parziale o totale del capitale assicurato caso morte a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi, fatto salvo quanto previsto al successivo art. 7, nel caso in cui:

- all'Assicurato venga 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;
- l'Assicurato necessiti 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.

Una volta eseguito il pagamento del Living Needs Benefit totale il contratto cesserà di produrre effetti automaticamente. Una volta eseguito il pagamento del Living Needs Benefit il contratto cesserà di produrre effetti automaticamente e la Compagnia restituirà gli eventuali premi pagati successivamente alla data di denuncia del LNB.

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.

Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato facciano richiesta parziale del capitale disponibile, il capitale assicurato dell'Assicurazione Principale e delle eventuali ulteriori Assicurazioni Complementari viene ridotto in proporzione

**Durata**

La presente Assicurazione Complementare ha la medesima durata dell'Assicurazione Principale, 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 ad 84 anni.

**Premio**

Per la presente Assicurazione Complementare non è richiesto il pagamento di alcun premio.

Fino a quando la malattia non venga riconosciuta come terminale 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 e delle eventuali Assicurazioni Complementari per la durata prevista.

Una volta accertato lo stato di malattia terminale la Compagnia restituirà l'importo degli eventuali premi pagati scaduti successivamente alla data di denuncia della malattia stessa.

In caso di riconoscimento del LNB parziale, i premi eventualmente dovuti sull'Assicurazione Principale e sulle Assicurazioni Complementari successivamente al riconoscimento dello stato di malattia terminale sono calcolati in base al nuovo capitale assicurato dell'Assicurazione Principale e all'età e durata iniziali.

- **ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE (di seguito anche "INVEP")**

**Prestazione assicurata**

La presente Assicurazione Complementare, attivabile unicamente qualora 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.

**Definizione di Invalidità Totale e Permanente**

Ai fini della presente Assicurazione Complementare, si intende colpito da invalidità totale e permanente colui che, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica qualsiasi, purché 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.

### **Durata**

La presente Assicurazione Complementare ha la medesima durata del periodo di pagamento dei premi dell'Assicurazione Principale, tuttavia l'età massima dell'Assicurato a scadenza è 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 Assicurazione Complementare si estingue alla scadenza dell'annualità di premio corrispondente al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato/Contraente.

### **Premio**

Il premio della presente Assicurazione Complementare è determinato in base al premio dell'Assicurazione Principale ed è dovuto per tutta la durata dell'Assicurazione Complementare INVEP.

Fino a quando 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 e delle eventuali Assicurazioni Complementari per la durata prevista.

Accertata l'invalidità totale e permanente, o la persistenza di essa, la Compagnia restituirà l'importo degli eventuali premi pagati scaduti successivamente alla data di denuncia dell'invalidità.

### **Riconoscimento dell'Invalidità Totale e Permanente**

Il Contraente, verificatasi l'invalidità totale e permanente, deve farne denuncia alla Compagnia a mezzo lettera Raccomandata.

La Compagnia comunica, entro il termine massimo di 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera Raccomandata di cui sopra, se intende riconoscere o meno l'invalidità totale e permanente denunciata.

L'invalidità totale e permanente, quando riconosciuta, produce i suoi effetti dalla data del timbro postale della lettera Raccomandata. In caso di riconosciuta invalidità totale e permanente il Contraente, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente Assicurazione Complementare, 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.

### **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 Medico Arbitrale previsto dall'art. 28, è nuovamente tenuto al pagamento dei premi.

### **Estinzione**

La presente Assicurazione Complementare si estingue, oltre che nei casi sopra citati, nei seguenti casi:

- richiesta scritta di annullamento della sola Assicurazione Complementare da parte del Contraente alla Compagnia;
- mancata riattivazione in seguito alla sospensione per interruzione del pagamento dei premi dell'Assicurazione Principale;
- al verificarsi della morte o dell'IFGP dell'Assicurato nonché qualora venga riconosciuto il LNB totale;
- al termine del periodo di pagamento dei premi dell'Assicurazione Principale.

### **Assicurazioni Complementari**

Se la polizza prevede anche altre Assicurazioni Complementari, tali assicurazioni cessano al momento stesso in cui il Contraente viene riconosciuto invalido ai sensi delle presenti condizioni ad eccezione dell'Assicurazione Complementare Living Needs Benefit.

## Art. 4 - Opzioni

### • **Opzioni in caso 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.

### • **Opzioni in caso di conversione in rendita del capitale a scadenza (in caso di vita dell'Assicurato)**

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

- a. una rendita vitalizia posticipata, a coefficienti prestabiliti, pagabile all'Assicurato sua vita natural durante;
- b. una 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. una rendita reversibile posticipata, a coefficienti prestabiliti, pagabile all'Assicurato fino al decesso e successivamente ad un'altra persona dal medesimo designata sua vita natural durante;
- d. una rendita temporanea posticipata, a coefficienti prestabiliti, pagabile all'Assicurato, per un numero limitato di anni;
- e. una 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 veda l'art. 3 relativamente all'Assicurazione Complementare LTC).

La richiesta deve essere fatta per iscritto 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 potranno essere riscattate durante il periodo di corresponsione.

I coefficienti di conversione garantiti sono riportati nel dettaglio dei premi.

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

### • **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. una rendita vitalizia annua posticipata, a coefficienti prestabiliti, pagabile al Beneficiario designato sua vita natural durante;
- b. una rendita certa annua posticipata, a coefficienti prestabiliti, pagabile al Beneficiario designato per un prefissato numero 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.

#### **• Opzioni in caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP)**

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

- a. una rendita vitalizia annua posticipata, a coefficienti prestabiliti, pagabile all'Assicurato sua vita natural durante;
- b. una 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.

#### **• 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 e l'originale del certificato di morte dell'Assicurato.

La Compagnia anticiperà entro 2 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione prevista il 25% del capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato, 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 di 20.000 euro (equamente suddiviso tra i diversi contratti).

Il pagamento sarà effettuato tramite assegno o bonifico.

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

Nel caso di esclusioni previste dall'Assicurazione Principale e delle eventuali Assicurazioni Complementari, la Compagnia si riserva la facoltà di recuperare l'importo erogato a titolo di anticipazione.

#### **• Versamenti Integrativi**

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

#### **• Opzione "LTC" a scadenza**

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

- sia stata attivata in fase di sottoscrizione l'Assicurazione Complementare LTC;
- l'Assicurazione Complementare LTC sia in regola con il pagamento dei premi,

è data facoltà al Contraente di mantenere in essere l'Assicurazione Complementare LTC convertendo parzialmente o totalmente il capitale liquidabile a scadenza (purché capiente) relativo all'Assicurazione Principale e agli eventuali Versamenti Integrativi.

Fermo restando le condizioni di cui sopra, 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. 5 – 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 tal fine la Compagnia gestisce separatamente attività di importo non inferiore alle corrispondenti riserve matematiche in conformità a quanto previsto dal Regolamento della Gestione Separata “Fondo Pramerica Financial” (di seguito “Gestione Separata”) riportato nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

### A. Misura della rivalutazione

La Compagnia dichiara, entro il 1° settembre ed il 1° marzo di ciascun anno, il rendimento semestrale conseguito dalla Gestione Separata relativo ai due periodi di certificazione definiti dall’art. 8 del Regolamento del “Fondo Pramerica Financial” (di seguito “Regolamento”).

Il rendimento semestrale, di cui all’art. 5 del Regolamento, viene ricondotto ad un tasso annuo equivalente (di seguito “Rendimento Annualizzato”) in quanto il rendimento trattenuto è imputato su base annua.

Il Rendimento Annualizzato permette di avere una coincidenza degli interessi maturati annualmente con quelli maturati nei due semestri.

Il Rendimento Annualizzato viene diminuito di un valore, (di seguito “Rendimento Trattenuto”), pari allo 1,40% al fine di determinare il beneficio finanziario attribuito al contratto (di seguito “Beneficio Finanziario”).

A titolo di esempio si riporta una tabella in cui si mostra, partendo dal Rendimento Annualizzato, il Rendimento Trattenuto dalla Compagnia e il Beneficio Finanziario per le polizze con premio annuo fino a 10.000,00 euro:

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

Il Beneficio Finanziario viene poi diminuito del tasso tecnico (di seguito “Tasso Tecnico”) già conteggiato nel calcolo del premio.

Il Tasso Tecnico di cui sopra è pari allo:

- 0,75% per l’Assicurazione Principale solo per la componente Capitale Differito;
- 0% per i Versamenti Integrativi;
- 0% per il Differimento Automatico;
- 0,75% per le Opzioni di Rendita (esercitate entro la scadenza contrattuale).

Il risultato di tale operazione viene messo a confronto con l’eventuale rendimento minimo garantito dal contratto (di seguito “Rendimento Minimo Garantito”), al fine di attribuire al contratto il maggiore fra i due valori come misura annua di rivalutazione (di seguito “Misura Annuale di Rivalutazione”), che non può in ogni caso risultare negativa.

Una volta ottenuta la Misura Annuale di Rivalutazione, da quest’ultima si calcola il tasso semestrale equivalente per determinare l’effettiva rivalutazione da attribuire nel semestre al contratto (di seguito “Misura Semestrale di Rivalutazione”) che resta definitivamente acquisita (consolidamento semestrale).

### B. Modalità della rivalutazione

Il risultato della Gestione Separata viene semestralmente attribuito al contratto secondo le seguenti modalità:

- Rivalutazione del capitale assicurato dell’Assicurazione Principale (solo per la componente Capitale Differito)

Ad ogni ricorrenza semestrale, il capitale rivalutato, fermo restando l’ammontare annuo del premio, sarà determinato sommando al capitale in vigore alla ricorrenza semestrale precedente:

- un importo ottenuto moltiplicando il capitale inizialmente assicurato per la Misura Semestrale di Rivalutazione, determinata a norma del punto A, moltiplicata per la proporzione tra il numero degli anni trascorsi e il numero degli anni di durata del pagamento dei premi;
- un ulteriore importo ottenuto moltiplicando per la Misura Semestrale di Rivalutazione la differenza tra il capitale in vigore nel semestre precedente e quello inizialmente assicurato.

- Rivalutazione del capitale assicurato dei Versamenti Integrativi

Il capitale rivalutato relativo a ciascun Versamento Integrativo sarà ottenuto sommando, al capitale in vigore nel semestre precedente, il prodotto di quest'ultimo per la Misura Semestrale di Rivalutazione, determinata a norma del punto A.

La rivalutazione del capitale effettuata nel primo semestre, viene ricalcolata pro-rata temporis dalla data di versamento fino alla prima ricorrenza semestrale dell'Assicurazione Principale.

- 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 Semestrale di Rivalutazione prevista a norma del punto A.

Si precisa inoltre che il capitale rivalutato terrà conto di eventuali riscatti parziali intervenuti nel corso del semestre.

- Rivalutazione della rendita di opzione

La rendita di opzione rivalutata sarà ottenuta sommando, alla rendita in vigore nel semestre precedente, il prodotto di quest'ultima per la Misura Semestrale di Rivalutazione prevista a norma del punto A.

### **Art. 6 - Persone non assicurabili**

#### **- Assicurazione Principale, IFGP e LNB -**

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 assicurativa compresa tra i 18 e gli 80 anni.

L'età massima dell'Assicurato alla scadenza è di 85 anni.

#### **- Assicurazioni Complementari -**

##### **• CRILL e INVEP - 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.

##### **• LTC - 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. 7 – Esclusioni e Limitazioni**

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

**L'assicurazione vale per qualunque causa di decesso, con le seguenti esclusioni e limitazioni.**

#### **• ESCLUSIONI**

##### **- Assicurazione Principale -**

È escluso dall'assicurazione il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, 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 il solo importo dei premi versati calcolati al momento della morte dell'Assicurato, al netto dei costi indicati all'art. 20 e nel DIP Aggiuntivo IBIP.

##### **- Assicurazioni Complementari -**

- IFGP: oltre alle esclusioni previste dall'Assicurazione Principale, è escluso dall'assicurazione l'IFGP che derivi da dolo dell'Assicurato;
- LNB: si applicano le esclusioni previste dall'Assicurazione Principale;
- CRILL: oltre alle esclusioni previste per l'Assicurazione Principale, sono escluse/i dalla copertura prevista dall'Assicurazione Complementare CRILL:
  - a. tutte le diagnosi che non rientrano nella definizione di infarto miocardico 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. tutte le diagnosi che non rientrano nella definizione di cancro, 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. tutte le diagnosi che non rientrano nella definizione di ictus cerebrovascolare come ad esempio l'attacco ischemico transitorio (TIA) e le emorragie sub aracnoidee traumatiche (ESA).
- d. tutti i sinistri derivanti da eventi post-traumatici;
- e. le Malattie Gravi insorte in precedenza della stipula del contratto;
- f. la morte dell'Assicurato se avvenuta entro 30 giorni dalla prima diagnosi della Malattia Grave;
- g. l'abuso di alcool, nonché l'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e, sostanze psicotrope e simili;
- h. 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);
- i. malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di effetto delle garanzie sottaciute alla Compagnia con dolo o colpa grave.

• **LTC:** il rischio di Non Autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ad eccezione, oltre alle esclusioni previste per l'Assicurazione Principale, dei seguenti casi:

- a. dolo o colpa grave del Contraente o del Beneficiario;
- b. patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, etc.);
- c. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi o colposi;
- d. atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
- e. atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- f. 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;
- g. malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- h. rifiuto di seguire le prescrizioni mediche;
- i. 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;
- j. 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;
- k. sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- l. 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;
- m. partecipazione dell'Assicurato a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- n. 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 inoltre 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.

- **INVEP:** oltre alle esclusioni previste dall'Assicurazione Principale, sono esclusi i casi di invalidità conseguenti a:
  - a. tentato suicidio;
  - b. infortunio aereo, comunque verificatosi, sia in volo che a terra dipendente da attività professionale aeronautica, militare o civile del Contraente;
  - c. cause di guerra.

## • **LIMITAZIONI**

Il presente contratto prevede le seguenti limitazioni:

### **- Assicurazione Principale -**

#### **- Carenza in assenza del test HIV**

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 Compagnia non riconoscerà il pagamento del capitale assicurato, ma, qualora il contratto risulti in regola con il pagamento dei premi, corrisponderà il solo importo della riserva matematica calcolato al momento della morte dell'Assicurato.

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.

#### **- Assenza di visite mediche.**

Non sono previsti periodi di carenza relativi alla verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato.

Resta intesa che vale in ogni caso quanto previsto all'art. 10 relativo alle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato rese in fase di assunzione.

Resta inoltre salva la possibilità di rettifica della prestazione assicurata in base all'età vera dell'Assicurato, qualora quella denunciata risulti errata.

### **- Assicurazioni Complementari –**

- IFGP: si applicano le limitazioni previste dall'Assicurazione Principale;
- LNB: si applicano le esclusioni previste dall'Assicurazione Principale;
- CRILL

Nel caso in cui i limiti di età e di capitale assicurato sia prevista unicamente la compilazione del questionario anamnestico, la Compagnia applicherà un periodo di carenza di 180 giorni, dalla data di perfezionamento della polizza.

Nessuna prestazione verrà pagata per la presente Assicurazione Complementare 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 Malattia Grave" coperte.

In caso di insorgenza di una Malattia Grave durante il periodo di carenza, sempre ché il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà al Contraente i premi versati per la presente Assicurazione Complementare, al netto dei costi indicati all'art. 20 e nel DIP Aggiuntivo la presente garanzia non sarà più operativa, mentre rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Assicurazioni Complementari.

- LTC

La garanzia in caso di Non Autosufficienza prevista dalla presente Assicurazione Complementare 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, la Compagnia corrisponderà al Contraente i premi versati per la presente Assicurazione Complementare al netto dei costi indicati all'art. 20 e nel DIP Aggiuntivo e la garanzia non sarà più operativa, mentre rimarrà in vigore l'Assicurazione Principale e le altre eventuali Assicurazioni Complementari. La presente copertura è sottoposta ad un periodo di franchigia di 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di Non Autosufficienza.

- INVEP: si applicano le limitazioni previste dall'Assicurazione Principale.

## CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA LA COMPAGNIA?

### **Art. 8 - Denuncia del sinistro e documentazione da presentare**

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, atto di notorietà (in originale o in 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, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e l'atto di notorietà devono 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;
- questionario di adeguata verifica della clientela;
- modulo di attestazione di residenza fiscale (FATCA/CRS).

#### In caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP):

- dichiarazione del medico curante attestante lo stato di salute dell'Assicurato;
- documentazione sanitaria relativa all'evento;
- certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità valido dell'Assicurato e del Contraente;
- questionario di adeguata verifica della clientela;
- modulo di attestazione di residenza fiscale (FATCA/CRS).

#### In caso di Malattia Grave (CRILL):

- denuncia di sinistro alla Compagnia entro 180 giorni dalla data in cui sia stata diagnosticata la Malattia Grave, a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi all'evento, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, 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 (per uso assicurativo) dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità valido dell'Assicurato.

#### In caso di Non Autosufficienza (LTC):

- denuncia mediante lettera raccomandata alla Compagnia;
- 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);
- copia di un documento d'identità valido dell'Assicurato.

La Compagnia richiede inoltre, 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.

#### In caso di Living Needs Benefit (LNB):

- modulo di "Denuncia Sinistro Living Needs Benefit - Beneficio in Vita" (fornito dalla Compagnia su richiesta dei soggetti sopra indicati);

- dichiarazione del medico curante attestante lo stato di salute dell'Assicurato;
- documentazione sanitaria relativa all'evento
- certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità valido dell'Assicurato e del Contraente;
- questionario di adeguata verifica della clientela;
- modulo di attestazione di residenza fiscale (FATCA/CRS).

In caso di esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità Totale e Permanente (INVEP):

- denuncia alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata;
- particolareggiato certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che ha prodotto l'invalidità;
- dichiarazione del medico curante attestante lo stato di salute dell'Assicurato;
- documentazione sanitaria relativa all'evento;
- certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità valido dell'Assicurato e del Contraente.

In caso di riscatto dell'Assicurazione Principale:

- modulo di richiesta riscatto;
- copia di un documento di identità valido del Contraente e dell'Assicurato;
- certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato nel caso in cui Assicurato e Contraente siano persone diverse;
- questionario di adeguata verifica della clientela;
- modulo di attestazione di residenza fiscale (FATCA/CRS).

In caso di riscatto dei Versamenti Integrativi:

- modulo di richiesta riscatto;
- 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;
- questionario di adeguata verifica della clientela;
- modulo di attestazione di residenza fiscale (FATCA/CRS).

In caso di liquidazione dei Versamenti Integrativi:

- copia di un documento di identità valido del Contraente e dell'Assicurato;
- codice fiscale e documento di identità valido del Beneficiario.

In caso di liquidazione del capitale a scadenza o in caso di differimento:

- modulo di liquidazione del capitale a scadenza;
- codice fiscale e documento di identità valido dell'Assicurato;
- questionario di adeguata verifica della clientela;
- modulo di attestazione di residenza fiscale (FATCA/CRS)

In caso di erogazione di una rendita:

- autocertificazione di esistenza in vita a cura del Beneficiario ad ogni anniversario della data di decorrenza nel periodo di erogazione della rendita;
- codice fiscale e documento di identità valido del Beneficiario;
- questionario di adeguata verifica della clientela;
- modulo di attestazione di residenza fiscale (FATCA/CRS).

Inoltre, nel caso i Beneficiari al pagamento delle prestazioni risultino minorenni o incapaci, è necessario fornire il 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.

La documentazione sanitaria da inviare alla Compagnia, a supporto delle richieste di liquidazione, deve essere emessa 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, Liechtenstein, 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.

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

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Compagnia per l'accertamento dello stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP), di Malattia Grave (CRILL), di Malattia Terminale (LNB) e dello stato di Invalidità Totale e Permanente (INVEP);
- consentire che la Compagnia accerti con medici di sua fiducia e a sue spese lo stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP), Non Autosufficienza (LTC) e/o Malattia Terminale (LNB) dell'Assicurato, nonché l'Invalidità Totale e Permanente (INVEP);
- fornire ogni ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario che la Compagnia ritenesse opportuno richiedere 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. 9 - Prescrizione**

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. 10. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato**

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

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 e 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 rese dal Contraente e/o dall'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 delle prestazioni assicurate in base alla data corretta.

Si precisa che 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. 11 - Pagamenti della Compagnia**

Verificatosi l'obbligo di pagamento delle prestazioni, **la Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta, comprensiva di quella eventualmente necessaria all'individuazione, identificazione e verifica dei dati del Beneficiario, nonché delle eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.**

Decorso tale termine il Beneficiario può richiedere gli interessi moratori a partire dal termine stesso.

Ogni pagamento viene effettuato con assegno o bonifico.

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.

## QUANDO E COME DEVO PAGARE?

### Art. 12 - Premio (limiti e mezzi di pagamento)

Il Contraente pagherà, sempre che l'Assicurato sia in vita e non sia stato colpito da il premio annuo anticipato costante convenuto alla stipula 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 o il riconoscimento del Living Needs Benefit totale dell'Assicurato (se richiamate in proposta) dell'Assicurato.

Il pagamento del premio di sottoscrizione può essere effettuato tramite assegno (non trasferibile), bonifico bancario/postale, carta di credito e/o bancomat, bollettino MAV.

Le rate di premio devono essere pagate alle scadenze pattuite mediante addebito diretto SEPA sul proprio conto corrente bancario/postale.

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

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

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

Il pagamento del premio annuo effettuato mediante un unico versamento non prevede interessi di frazionamento.

### Le spese del pagamento del premio 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.

Tuttavia il Contraente non può opporre, a giustificazione del mancato pagamento del premio, il mancato ricevimento di avviso di scadenza o la precedente riscossione dei premi al suo domicilio.

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

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.

Nel caso venga applicato un sovrappremio, l'importo complessivo del premio totale annuo relativo all'ammontare del capitale assicurato sarà comunicato al Contraente dalla Compagnia e il Contraente potrà:

- non accettare di 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), con la conseguenza che il capitale assicurato iniziale sarà ricalcolato e ridotto in base alla differenza tra il nuovo premio e il premio indicato in proposta;
- accettare di 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), mantenendo la copertura assicurativa per il capitale iniziale indicato in proposta.

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

**Modifica delle condizioni tariffarie**

La Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie relative alle Assicurazioni Complementari in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi, impegnandosi 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 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 verrà ridotta, applicando all'ultimo premio corrisposto il tasso di premio aggiornato riferito all'età assicurativa raggiunta alla riscossione annua.

### **Art. 13 – Conclusione del contratto e decorrenza della copertura**

Il contratto è concluso quando la Compagnia rilascia al Contraente il documento di polizza o lo stesso riceve per iscritto la comunicazione di accettazione della proposta dalla Compagnia.

Si precisa che il presente contratto prevede la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato. A determinate condizioni (capitale assicurato, età dell'Assicurato), è prevista la possibilità di limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico .

L'emissione del documento di polizza avviene a condizione che:

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

**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 di decorrenza indicata in proposta;**
- **alle ore 24 del giorno in cui è effettuato il pagamento, se successivo alla data di decorrenza indicata 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.

### **Art. 14 – Durata**

Il presente contratto prevede una durata minima di 5 anni e una durata massima di 40 anni.

### **Art. 15 - 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 stessa 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, se sostenute dalla Compagnia.

### **Art. 16 - 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, se sostenute da la 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. 17 – Risoluzione**

**Il contratto si estingue:**

- con l'esercizio del diritto di recesso;
- in caso di liquidazione della prestazione prevista per morte, IFGP o LNB totale dell'Assicurato entro la durata contrattuale;
- qualora NON si verifichi la morte o l'IFGP o NON venga riconosciuto il LNB totale entro la durata contrattuale;
- in caso di mancata corresponsione del premio relativo alla prima annualità, che comporta la risoluzione del contratto trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non versata (le rate non pagate restano acquisite dalla Compagnia);
- altre ipotesi specificamente previste per le Assicurazioni Complementari.

**In caso di estinzione i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.**

**Il contratto estinto non può essere riattivato.**

## SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI?

### Art. 18 – Riscatto

La copertura temporanea caso morte (TCM) 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.

Tempo trascorso	Tasso di attualizzazione
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.

Si precisa che in questo caso il Contraente sopporta il rischio di ottenere un importo inferiore ai premi versati.

#### • 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.

Il Contraente può richiedere alla Compagnia informazioni sul valore di riscatto maturato (nonché al valore di riduzione). La Compagnia si impegna a fornire le informazioni su tale valore sollecitamente e comunque non oltre 20 giorni dal ricevimento della richiesta scritta da parte del Contraente.

### Art. 19 – 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:

- capitale iniziale ridotto nella proporzione tra il numero delle rate pagate e quelle inizialmente pattuite;
- 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 Assicurazioni Complementari decadono e i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia.

#### **Art. 20 – Riscatto della polizza ridotta**

In caso di polizza ridotta il valore di riscatto è pari alla prestazione relativa al solo Capitale Differito, rivalutato all'ultima ricorrenza semestrale antecedente la data di richiesta del riscatto, attualizzato ad un tasso di interesse determinato 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%

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

#### **Art. 21 - Mancato pagamento del premio: sospensione, riduzione e risoluzione**

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, la garanzia assicurativa non è più operativa e il Contraente può:

1. chiedere la riattivazione del contratto secondo quanto previsto dal successivo art. 22;
2. se il numero di annualità di premio corrisposte è pari o superiore a tre, mantenere in essere la copertura assicurativa per una prestazione ridotta (riduzione - per maggiori dettagli si rinvia all'art. 19), con la possibilità, qualora previsto dal contratto, di richiedere la liquidazione dell'importo maturato sul contratto (riscatto), calcolato secondo quanto previsto agli artt. 18 e 20. 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.

#### **Art. 22 – Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione**

Il Contraente ha diritto di riattivare il contratto entro i seguenti termini:

##### - Assicurazione Principale -

Entro 6 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 6 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 3 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 9 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 6 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 e IFGP non determina alcuna variazione rispetto a quanto sopra descritto.

Nel caso in cui la Compagnia autorizzi la riattivazione, la stessa 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 entro i termini di cui sopra, 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 assicurative.

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 per quanto riguarda la copertura Capitale Differito (secondo quanto previsto dall'art. 21).**

## QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

### Art. 23 – Costi

- Costi gravanti sul premio

I costi sono la parte di premio che viene trattenuta dalla Compagnia per far fronte alle spese per l'acquisizione e la gestione del contratto. A tal fine viene applicato un costo di caricamento pari al 11% del premio annuo.

- Costi per visita medica

Per i contratti che prevedono la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica (per età dell'Assicurato e capitale assicurato), il costo della visita medica è a carico della Compagnia.

Nel caso in cui questa venga effettuata in uno dei Centri Medici Convenzionati, il pagamento avverrà direttamente da parte della Compagnia; nel caso di visite mediche effettuate in un Centro Medico non convenzionato (previa autorizzazione della Compagnia), il costo della stessa dovrà essere anticipato dal Contraente (o dall'Assicurato se persona diversa) e, successivamente all'emissione della polizza, verrà rimborsato per un importo massimo pari a:

- € 120,00 + IVA per un VM1
- € 190,00 + IVA per un VM2
- € 220,00 + IVA per un VM3
- € 340,00 + IVA per un VM4
- € 100,00 + IVA per un VM LTC

Laddove non sia prevista una visita medica (per età dell'Assicurato e prestazione assicurata), ma si renda necessaria una richiesta di documentazione sanitaria al fine di completare la valutazione del rischio, le relative spese saranno a carico del Cliente.

- Costi per riscatto

Il contratto può essere riscattato, solo per la parte relativa all'assicurazione Capitale Differito.

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

Per l'operazione di riscatto totale è prevista 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%

- Costi per l'erogazione della rendita

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

- Costi per recesso

In caso di recesso, la Compagnia tratterrà una somma pari a 50 € per le spese sostenute per l'emissione del contratto.

### **Art. 24 - 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 alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

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

Si precisa che, salvo diverse indicazioni del Contraente all'interno della proposta, in caso di designazione di più Beneficiari, la prestazione assicurata sarà liquidata agli stessi in parti uguali.

### **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 collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (art. 1923 comma 2 del Codice Civile).

### **Art. 26 - 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. 27 - Tasse ed imposte**

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

### **Art. 28 - Controversie e foro competente**

Le controversie di natura medica sul riconoscimento e l'indennizzabilità del sinistro e dei relativi criteri di indennizzabilità, nonché su riconoscimento e cessazione dello stato di invalidità totale e permanente e dello stato di non autosufficienza a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

La richiesta di Collegio Medico arbitrale è effettuata con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, entro 30 giorni dalla comunicazione del rifiuto all'indennizzo da parte della Compagnia o entro 60 giorni dalla comunicazione del mancato riconoscimento del sinistro IFGP o CRILL o dalla comunicazione relativa all'invalidità totale e permanente e alla non autosufficienza.

Il Collegio Medico ha sede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo, il Collegio Medico ha sede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Ove ne riscontri l'opportunità, è data facoltà al Collegio Medico di rinviare l'accertamento definitivo dello stato

dello stato di salute o della non autosufficienza ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

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

**Art. 29 - Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana. Per tutto ciò che non è specificamente disciplinato valgono, in quanto applicabili, le norme di legge in materia.

**Art. 30 - Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto ed 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.

La presente forma assicurativa è collegata ad una specifica gestione patrimoniale denominata “Fondo Pramerica Financial” (di seguito anche “Fondo” o “Gestione Separata”), separata dalle altre attività di Pramerica Life S.p.A. (di seguito anche “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 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 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 in coerenza con la politica in materia di investimenti del gruppo a cui la Compagnia appartiene, volte soprattutto a privilegiare una costante redditività di portafoglio. Non sono previsti investimenti in strumenti finanziari o altri attivi emessi o gestiti da soggetti appartenenti a Eurovita Holding S.p.A..

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 da una società di revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente.

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 S.p.A. (di seguito anche “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 e successive modifiche e integrazioni per assicurare la tutela dei contraenti da possibili conflitti di interesse.

In particolare, gli obiettivi e le politiche di investimento, stabiliti in coerenza con la politica in materia di investimenti del gruppo a cui la Compagnia appartiene, 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:

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>	<b>100%</b>	<b>90%</b>	<b>100%</b>
Investimenti sotto rating A-	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>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>10%</b>
<b>Totale investimenti</b>	<b>100%</b>		

Per gli investimenti in titoli di Stato italiani, in titoli governativi e "Agency" USA il requisito di rating minimo non si applica.

### 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 art. 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 Separata 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 dalla Compagnia 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 (art. 30 del Regolamento ISVAP del 28 marzo 2008, n. 21 e successive modifiche e integrazioni).

#### **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.

[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

Appartenente al Gruppo Eurovita regolarmente iscritto all'Albo Gruppo Assicurativo al n. 053.

Società soggetta a direzione e coordinamento di Eurovita Holding S.p.A.



**Pramerica**