

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**Articolo 1 OGGETTO**

La polizza è un contratto di assicurazione sulla vita di tipo unit linked, ai sensi del quale la Compagnia, a fronte del pagamento dei premi da parte dell'Investitore-Contraente, si impegna al pagamento delle prestazioni meglio descritte nei successivi articoli, le quali sono direttamente collegate al valore delle quote dei fondi selezionati. La Compagnia mette a disposizione dell'Investitore-Contraente 8 fondi OICR (Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio) e un fondo interno denominato Seven Stars Invest. Al contratto di assicurazione base che prevede l'erogazione di un capitale in caso di verifica dell'evento morte, sono abbinati alcune garanzie complementari e supplementari quali Morte da Infortunio, Morte per infortunio a seguito di incidente stradale, Esonero dal pagamento dei premi in caso di incapacità al guadagno per invalidità totale e permanente da infortunio e malattia, Invalidità permanente da Infortunio, diaria da ricovero e diaria da gesso, che verranno erogate secondo quanto previsto dalle Sezioni 1, 2, 3 e 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Articolo 2 DICHIARAZIONI DELL'INVESTITORE-CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del dell'Investitore-Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del C.C.

Articolo 3 DETERMINAZIONE DELL'ETÀ

L'età presa in considerazione per determinare l'ammontare della prestazione corrisponde all'età reale. Ai fini della determinazione del costo della copertura per il caso di morte, l'età si calcola sottraendo l'anno di nascita dall'anno in corso, senza tener conto di giorni e mesi.

Articolo 4 DECORRENZA E DURATA

La Compagnia ha facoltà di accettare la proposta dell'Investitore-Contraente, a propria assoluta discrezione. In fase di esame del modulo di proposta, la Compagnia si riserva il diritto, qualora lo ritenesse necessario, di richiedere ulteriori accertamenti sanitari così come meglio specificato alla voce - Limiti Assuntivi -, di cui alla Parte I, Sezione B.3, par. 12.

Il contratto si intende perfezionato nel momento in cui la Compagnia avrà incassato la prima rata di premio ed emesso il certificato di assicurazione.

La Compagnia provvederà ad inviare all'Investitore-Contraente il certificato di assicurazione tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, il quale all'atto della ricezione di tale certificato, avrà conoscenza della conclusione del contratto.

Se il modulo di proposta dell'Investitore-Contraente è pervenuto alla Compagnia entro il giorno 15 del mese, la data di decorrenza, evidenziata nel certificato di assicurazione, sarà quella del primo giorno del mese successivo a quello in cui la Compagnia avrà ricevuto la proposta di assicurazione.

Se invece il modulo di proposta è pervenuto alla Compagnia dopo il giorno 15, la data di decorrenza sarà quella del primo giorno del secondo mese successivo al pagamento. In ogni caso, l'Investitore-Contraente avrà facoltà di indicare nel modulo di proposta una data successiva dalla quale desidera far decorrere gli effetti della polizza.

La durata di polizza è l'intera vita dell'Assicurato.

Articolo 5 PAGAMENTO DEL PREMIO

5.1 Quale corrispettivo per le obbligazioni assunte dalla Compagnia ai sensi di polizza, l'Investitore-Contraente paga alla Compagnia i premi convenuti alle scadenze convenute e riportate nel certificato di assicurazione, tenuto conto dei premi minimi così come indicati nell'Allegato 1.

5.2 Il primo premio annuo o il premio unico devono essere pagati al momento della sottoscrizione del modulo di proposta a mezzo di assegno bancario non trasferibile intestato ad ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A., bonifico bancario o bollettino postale. Per le polizze a premio annuo è concesso anche il pagamento a mezzo Rimessa Interbancaria Diretta (RID). Il versamento dei premi successivi a quello di perfezionamento deve avvenire alle scadenze convenute e riportate nel certificato di assicurazione e può essere effettuato con Rimessa Interbancaria Diretta (RID), oppure tramite bonifico bancario sul conto, bollettino postale o assegno bancario non trasferibile intestato alla Compagnia. Sin dalla prima annualità di premio saranno accettate rateazioni semestrali, trimestrali o mensili.

5.3 Qualora l'Investitore-Contraente abbia richiesto l'applicazione del meccanismo di incremento annuo dei premi, la Compagnia provvederà ad inviare tempestivamente all'Investitore-Contraente un'apposita comunicazione scritta contenente l'indicazione del maggior premio dovuto. L'Investitore-Contraente avrà comunque facoltà di rinunciare al pagamento del maggior premio, dandone comunicazione scritta inviata alla Sede Secondaria in Italia della Compagnia entro 20 giorni dal ricevimento dell'avviso di cui sopra. L'incremento non riguarda le garanzie supplementari Invalidità permanente da infortunio, Diaria da ricovero, Diaria da gesso che rimangono sempre di premio costante.

5.4 Qualora l'Investitore-Contraente dovesse scegliere di abbinare alla polizza base uno dei tre pacchetti relativi alle garanzie supplementari, il premio annuo minimo da versare per la polizza base in aggiunta al pacchetto è di:

- € 1200,00 in caso di scelta del pacchetto ENTRY;
- € 1500,00 in caso di scelta del pacchetto MEDIUM;
- € 1800,00 in caso di scelta del pacchetto HIGH.

Articolo 6 SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

6.1 L'Investitore-Contraente che si trovasse nell'impossibilità temporanea di provvedere al pagamento dei premi per uno dei

seguenti motivi:

- disoccupazione;
- divorzio;
- spese per acquisto o ristrutturazione della casa;

potrà richiedere alla Compagnia la sospensione temporanea dal pagamento dei premi.

L'Investitore-Contraente dovrà inoltrare la richiesta alla Sede Secondaria Italiana della Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R., con almeno 60 giorni di preavviso, allegando la documentazione comprovante il verificarsi di una delle tre condizioni sopra descritte.

La sospensione verrà concessa a condizione che siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza della polizza, che siano state pagate almeno cinque annualità di premio e che il valore delle quote dei fondi collegati alla polizza stessa sia almeno pari a € 500.

In questo caso, le coperture assicurative in vigore antecedentemente la richiesta rimarranno invariate per l'intero periodo di sospensione con esclusione delle garanzie complementari morte per infortunio, morte per incidente stradale e supplementari diaria da ricovero, diaria da gesso, invalidità totale e permanente da infortunio che cesseranno.

6.2 Qualora invece l'Investitore-Contraente non si trovasse in una delle tre condizioni sopra descritte, ma volesse sospendere ed interrompere per una durata massima di due anni e per non più di due volte durante l'intera durata del pagamento dei premi, potrà richiederlo alla Compagnia con specifica comunicazione scritta inviata alla Sede Secondaria Italiana della Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. con almeno 60 giorni di preavviso.

La sospensione verrà concessa a condizione che siano trascorsi almeno cinque anni dalla decorrenza di polizza, che siano state pagate almeno cinque annualità di premio e che il valore di polizza sia almeno di € 1000.

In questo caso il c.d. "minimo garantito" in caso di morte in vigore antecedentemente la richiesta si riduce fino alla misura massima del 10% della somma complessiva dei premi, mentre la prestazione relativa alla copertura aggiuntiva esonerò dal pagamento dei premi per incapacità al guadagno per invalidità totale e permanente da infortunio e malattia e le prestazioni morte per infortunio, morte per incidente stradale, diaria da ricovero, diaria da gesso ed invalidità totale e permanente da infortunio, decadranno.

L'investitore-Contraente non ha l'obbligo di riprendere il pagamento dei premi.

Qualora decidesse di riprendere il pagamento dei premi nei primi 6 mesi dalla data di scadenza della rata di premio non pagata, gli originali elementi di polizza ivi inclusi - qualora esistenti prima dell'interruzione del pagamento dei premi - il c.d. "minimo garantito" in caso di morte, la somma complessiva dei premi, la copertura aggiuntiva per incapacità al guadagno, le prestazioni morte per infortunio, morte per incidente stradale, diaria da ricovero, diaria da gesso ed invalidità permanente da infortunio, verranno integralmente ripristinati a partire dalle ore 24.00 del giorno in cui la Compagnia avrà incassato il premio.

La Compagnia valuterà la possibilità di concedere la riattivazione delle prestazioni morte per infortunio, morte per incidente stradale, diaria da ricovero, diaria da gesso ed invalidità totale e permanente da infortunio dietro presa visione del questionario sanitario che l'Assicurato dovrà fornire.

Nel caso in cui invece l'Investitore-Contraente decidesse di non riprendere con il pagamento dei premi, il c.d. "minimo garantito" in caso di morte si ridurrà in conseguenza del ridursi della somma complessiva dei premi a seguito della sospensione del pagamento dei premi. Decadranno invece definitivamente la copertura aggiuntiva esonerò dal pagamento dei premi per incapacità al guadagno per invalidità totale e permanente da infortunio e malattia, le prestazioni morte per infortunio, morte per incidente stradale, diaria da ricovero, diaria da gesso ed invalidità totale e permanente da infortunio.

Articolo 7 MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI

Salvo quanto previsto al precedente articolo 6.2 - Sospensione del pagamento dei premi, La Compagnia comunicherà il non avvenuto pagamento del premio in mancanza anche di una sola rata di premio, decorsi 30 giorni dalla scadenza della stessa.

Decorso tale termine la copertura assicurativa automaticamente sarà sospesa, nonostante il contratto rimanga in vita nel termine di tolleranza, che corrisponde a 105 giorni dalla scadenza della prima rata rimasta insoluta, come previsto dall'art. 1924 c.c..

Qualora l'Investitore-Contraente esegua il versamento degli importi corrispondenti alle rate scadute entro il predetto termine di tolleranza, il contratto riprenderà ad avere efficacia con le stesse modalità precedenti all'insoluto a partire dalle ore 24.00 del giorno in cui la Compagnia avrà incassato il premio.

Decorsi 105 giorni dalla scadenza non onorata la Compagnia potrà esercitare alternativamente una delle due seguenti facoltà:

- sospendere la polizza sempre che sussistano le condizioni di cui al precedente punto 6;
- dichiarare che intende avvalersi della risoluzione del contratto ai sensi dell'articolo 1456 C.C., pagando all'Investitore-Contraente l'eventuale valore di riscatto.

Articolo 8 REVOCA DELLA PROPOSTA

L'Investitore-Contraente ha facoltà di revocare la propria proposta sino alla data di conclusione del contratto di assicurazione, con comunicazione inviata alla Sede Secondaria italiana della Compagnia a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Entro 30 giorni dal ricevimento di detta comunicazione, la Compagnia restituirà all'Investitore-Contraente il premio pagato diminuito delle spese fissate forfetariamente in 35 €.

Articolo 9 RECESSO

L'Investitore-Contraente può recedere dalla polizza mediante comunicazione inviata alla Sede Secondaria italiana della Compagnia a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno entro 30 giorni dalla data in cui è informato che il contratto è concluso cioè, dal momento in cui ha ricevuto il certificato di assicurazione. In tal caso, la Compagnia rimborserà all'Investitore-Contraente, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio pagato, eventualmente diminuito della parte relativa al rischio corso per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto e delle spese fissate forfetariamente in 60 €.

Articolo 10 BENEFICIARI

L'Investitore-Contraente all'atto della sottoscrizione del modulo di proposta designa i Beneficiari e può, ai sensi di legge, in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione mediante comunicazione scritta alla Sede Secondaria italiana della Compagnia da inviarsi a mezzo lettera raccomandata A.R. o mediante disposizione testamentaria.

In ogni caso, Beneficiario delle prestazioni in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato intervenuta in corso di contratto dovrà essere l'Assicurato stesso.

La designazione non può essere revocata o modificata dopo che:

- l'Investitore-Contraente e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- si sia verificata la morte dell'Investitore-Contraente;
- verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di riscatto, recesso, pegno o vincolo richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

Articolo 11 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

11.1 La Compagnia provvederà ad effettuare i pagamenti dovuti ai sensi di polizza, entro il giorno 15 del mese successivo a quello in cui la Compagnia avrà ricevuto la relativa richiesta dell'avente diritto, effettuati tutti gli accertamenti del caso ed ottenuti i documenti di cui necessita. Sarà onere del Beneficiario inviare alla Sede Secondaria italiana della Compagnia la richiesta di liquidazione tramite lettera raccomandata A.R. allegando quanto richiesto dalle varie prestazioni per la liquidazione.

11.2 In caso di mancato pagamento entro il termine di cui al precedente paragrafo 11.1, saranno altresì dovuti dalla Compagnia gli interessi di mora al tasso legale dal giorno successivo alla scadenza del termine alla data di pagamento.

Si richiama l'attenzione dell'Investitore-Contraente sul fatto che, ai sensi dell'art. 2952 C.C., i diritti derivanti dal presente contratto si prescrivono in un anno.

Articolo 12 COSTI CONNESSI CON LA POLIZZA

Sul contratto gravano i costi di acquisizione e di stipula, i costi di emissione della polizza, i costi di gestione, di riscatto e di assegnazione delle quote, i costi di copertura per la prestazione principale caso morte e gli eventuali costi per la copertura aggiuntiva esonerati dal pagamento dei premi in caso di incapacità al guadagno per invalidità totale e permanente da infortunio e malattia, per le garanzie complementari e supplementari. Tali costi e le rispettive modalità di addebito sono indicati in dettaglio nella Parte I, Sezione C, par. 14.

Articolo 13 CESSIONE, PEGNO O VINCOLO

L'Investitore-Contraente può cedere a terzi la polizza, costituirla in pegno o altrimenti vincolarne le prestazioni. L'efficacia di tali atti è tuttavia subordinata alla loro annotazione da parte della Compagnia sul certificato di assicurazione o su apposita appendice.

Articolo 14 COMUNICAZIONI

A meno che non sia altrimenti indicato, qualsiasi comunicazione tra le parti in relazione alla polizza sarà ritenuta valida solo se effettuata a mezzo di lettera ai seguenti indirizzi:

- se alla Compagnia: presso la Sede secondaria in Italia, Via Russoli 5, 20143 Milano;
- se all'Investitore-Contraente: all'ultimo domicilio reso noto alla Compagnia.

Ciascuna parte potrà modificare il proprio domicilio con comunicazione scritta all'altra parte ai sensi del presente articolo.

Articolo 15 VALUTA

La polizza è denominata in Euro. In caso di liquidazione del fondo collegato alla polizza, il nuovo fondo offerto dalla Compagnia ai sensi dell'art. 2.7 - Attribuzione delle quote, della Sezione 1 - Prestazione Principale Caso di Morte, potrà essere denominato in una valuta differente. Il rischio di cambio è a carico dell'Investitore-Contraente.

Articolo 16 LEGGE APPLICABILE E FORO COMPETENTE

La polizza è governata dalla legge italiana, dalle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, nonché dalle Condizioni Speciali eventualmente concordate tra le parti. Ogni eventuale controversia relativa al presente contratto sarà di competenza dell'autorità giudiziale del luogo di residenza o domicilio dell'Investitore-Contraente.

Sezione 1 - PRESTAZIONE PRINCIPALE CASO MORTE

Articolo 1 INFORMAZIONI RELATIVE AI FONDI OICR E AL FONDO INTERNO

La Compagnia mette a disposizione dell'Investitore-Contraente un'ampia gamma di fondi. Nelle Schede Sintetiche - Informazioni Specifiche sono illustrate in modo dettagliato le caratteristiche di ciascuno dei fondi disponibili. La Compagnia potrà successivamente mettere a disposizione dell'Investitore-Contraente nuovi fondi. I fondi OICR (Organismi di Investimento Collettivo di Risparmio) attualmente disponibili sono 8 insieme ad un fondo interno denominato Seven Stars Invest. In caso di liquidazione di uno dei fondi selezionati, la Compagnia ne darà comunicazione scritta all'Investitore-Contraente.

In tal caso, l'Investitore-Contraente potrà recedere dalla polizza, ai sensi del successivo articolo 4.3, oppure potrà indicare per iscritto alla Compagnia a quali fondi dovranno essere trasferite le quote dei fondi liquidati.

Qualora l'Investitore-Contraente non comunichi le proprie istruzioni scritte entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di liquidazione, la Compagnia sarà autorizzata ad allocare le quote dei fondi liquidati proporzionalmente a ciascuno degli altri fondi selezionati o, in mancanza, a propria discrezione.

Qualora l'Investitore - Contraente scelga uno dei sei fondi DWS FlexPension II alle c.d. Date di Scadenza di ogni singolo fondo, ossia, a seconda del Fondo di investimento coincidente il 31 dicembre 2019, il 31 dicembre 2020, il 31 dicembre 2021, il 31 dicembre 2022, il 31 dicembre 2023, il 31 dicembre 2024, salvo i casi di decesso o di riscatto, le prestazioni potranno essere trasferite in uno dei fondi monetari che la Compagnia avrà proposto tre mesi prima della scadenza stessa del fondo scelto. Nel caso in cui l'Investitore - Contraente non abbia effettuato alcuna scelta, le prestazioni verranno automaticamente trasferite nel fondo Julius Baer Multicash - Euro Cash Fund B - ISIN LU0032254962, ovvero altro fondo monetario disponibile a detta data.

Il trasferimento di quote di fondi liquidati sarà effettuato dalla Compagnia senza alcun addebito per l'Investitore-Contraente.

Articolo 2 ATTRIBUZIONE DELLE QUOTE

2.1 I premi pagati dall'Investitore-Contraente, al netto dei costi del contratto descritti nella Parte I, Sezione C, par. 14, saranno convertiti da parte della Compagnia in quote dei fondi selezionati, nelle proporzioni stabilite dall'Investitore-Contraente al valore delle quote come determinato l'ultimo giorno del mese precedente al pagamento del premio. Il numero delle quote attribuite all'Assicurato è ottenuto dividendo il premio, al netto dei diritti e dei costi, per il valore unitario della quota relativo al giorno di riferimento.

La conversione in quote del premio di perfezionamento sarà effettuata l'ultimo giorno del mese che precede la decorrenza della polizza. Per i premi pagati dall'Investitore-Contraente, successivamente al perfezionamento verrà attribuito un numero di quote calcolato su base della prima determinazione del valore delle quote successiva il 3^o giorno lavorativo (nel Gran Ducato di Lussemburgo - vedi Allegato 4 con le principali festività del Gran Ducato di Lussemburgo) dall'accredito in conto del versamento alla Compagnia. Il valore delle quote viene determinato all'ultimo giorno successivo di ogni mese borsistico.

2.2 L'Investitore-Contraente avrà la possibilità di indicare personalmente il fondo o la combinazione di fondi le cui quote dovranno essere attribuite alla polizza e le relative proporzioni (minimo 1% del premio per ciascun fondo). Le Schede Sintetiche - Informazioni Specifiche mostrano in dettaglio le caratteristiche di ciascuno dei fondi disponibili.

2.3 Le quote sono attribuite alla polizza al solo fine di determinarne il valore. Né l'Investitore-Contraente, né i Beneficiari avranno alcun diritto sulle quote o sui beni dei fondi.

2.4 Il valore di ogni singola quota attribuita alla polizza è pari al valore del relativo fondo selezionato, diviso per il numero di quote di cui tale fondo si compone.

2.5 Il valore di ognuno dei fondi disponibili è pubblicato quotidianamente su «Finanza Mercati».

2.6 La Compagnia potrà in qualsiasi momento aumentare o diminuire il numero dei fondi disponibili.

2.7 In caso di liquidazione di uno dei fondi selezionati, la Compagnia potrà offrire un nuovo fondo con caratteristiche simili dandone comunicazione scritta all'Investitore-Contraente. In tal caso, l'Investitore-Contraente potrà recedere dalla polizza, ai sensi del successivo articolo 4.3 oppure potrà indicare per iscritto alla Compagnia a quali fondi dovranno essere trasferite le quote dei fondi liquidati. Qualora l'Investitore-Contraente non comunichi le proprie istruzioni scritte entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione da parte della Compagnia quest'ultima sarà autorizzata ad allocare le quote dei fondi liquidati proporzionalmente a ciascuno degli altri fondi selezionati o, in mancanza, a propria discrezione. Il trasferimento di quote di fondi liquidati sarà effettuato dalla Compagnia senza alcun addebito per l'Investitore-Contraente.

Articolo 3 SWITCHING TRA FONDI

3.1 L'Investitore-Contraente, trascorso almeno un anno dalla data di decorrenza per le polizze a premio unico e almeno due anni per le polizze a premio annuo, potrà richiedere per iscritto alla Compagnia di disinvestire le quote possedute in un fondo per reinvestirle in un altro (allocazione) ai costi descritti nella Parte I, Sezione C, par. 14.1.5. In tal caso anche i premi successivamente pagati dall'Investitore-Contraente saranno convertiti in quote dei nuovi fondi selezionati.

L'Investitore-Contraente avrà altresì la possibilità, ad ogni versamento, di scegliere nuovi fondi ai quali destinare il premio. Questa scelta potrà riguardare sia il singolo premio in scadenza che tutti i premi futuri collegati al contratto. Tale richiesta deve pervenire almeno 15 giorni prima dell'effetto del primo premio in cui si desidera riallocare l'investimento. La Compagnia invierà all'Investitore-Contraente comunicazione scritta dell'avvenuto *switch* con l'informativa inerente i nuovi fondi scelti dallo stesso, entro 10 giorni lavorativi dall'avvenuta operazione.

Qualora la Compagnia dovesse proporre all'Investitore-Contraente l'investimento delle quote possedute in un fondo, in altri fondi istituiti successivamente alla stipula della polizza, avrà l'obbligo di consegnare preventivamente all'Investitore-Contraente l'informativa conseguente all'introduzione di nuovi fondi nonché il regolamento di gestione dei predetti fondi. In questo caso nessuna spesa verrà addebitata per operazioni di switch, cioè per trasferimento tra fondi.

3.2 La Compagnia darà corso alle richieste di trasferimento delle quote, ricevute entro il giorno 25 del mese precedente, il primo giorno feriale di ciascun mese, mediante la liquidazione di quote di un fondo e la contemporanea sottoscrizione di quote di un altro fondo per un valore equivalente, calcolato sulla base delle quotazioni dell'ultimo giorno del mese precedente allo switching.

3.3 In caso di liquidazione o scadenza di uno dei fondi selezionati, la Compagnia potrà offrire un nuovo fondo con caratteristiche simili, dandone comunicazione scritta all'Investitore-Contraente. In tal caso, l'Investitore-Contraente potrà recedere dalla polizza, ai sensi del successivo articolo 4.3 oppure potrà indicare per iscritto alla Compagnia a quali fondi dovranno essere trasferite le quote dei fondi liquidati. Qualora l'Investitore-Contraente non comunichi le proprie istruzioni scritte entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione da parte della Compagnia quest'ultima sarà autorizzata ad allocare le quote dei fondi liquidati proporzionalmente a ciascuno degli altri fondi selezionati o, in mancanza, a propria discrezione. Il trasferimento di quote di fondi liquidati sarà effettuato dalla Compagnia senza alcun addebito per l'Investitore-Contraente.

Entro 10 giorni lavorativi dall'avvenuta operazione, la Compagnia invierà comunicazione scritta all'Investitore-Contraente tramite l'agenzia di riferimento con informazioni in merito al numero delle quote rimborsate in seguito al trasferimento tra fondi, al numero di quote attribuite nonché ai rispettivi valori unitari delle quote nel giorno di riferimento.

Articolo 4 PRESTAZIONI ASSICURATE

Il contratto è un contratto a "vita intera".

La polizza avrà come durata l'intera vita dell'assicurato.

La durata pagamento premi sarà quella indicata nel certificato di assicurazione e nel modulo di proposta.

4.1 Prestazioni in caso di morte. Il contratto prevede una prestazione in caso di decesso dell'Assicurato. In tale circostanza la Compagnia erogherà un valore di indennizzo, che verrà determinato sulla base del valore maggiore tra:

(a) il c.d. "minimo garantito", rappresentato dalla somma complessiva dei premi, moltiplicata per il tasso percentuale indicato dall'Investitore-Contraente nel modulo di proposta che

- nelle *polizze a premio annuo* sarà:
 - per gli Assicurati con età inferiore a 18 anni: l'1%;
 - per gli Assicurati con età uguale o superiore a 18 anni: andrà da un minimo dell'1% fino ad un massimo del 300%.
- nelle *polizze a premio unico* sarà:
 - per gli Assicurati con età inferiore a 18 anni: l'1%;
 - per gli Assicurati con età uguale o superiore a 18 anni: andrà da un minimo dell'1% fino ad un massimo del 200%.

e

(b) la somma del valore della polizza all'ultimo giorno del mese in cui la Compagnia avrà ricevuto comunicazione del decesso dell'Assicurato, cui si somma l'1% della somma complessiva dei premi.

Dopo il compimento del 75esimo anno di età dell'Assicurato la Compagnia erogherà il controvalore delle quote senza effettuare alcuna estensione di garanzia assicurativa.

- Esclusioni -

La copertura per il caso di morte ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione non opera qualora il decesso dell'Assicurato sia causato da una delle seguenti circostanze:

- suicidio dell'Assicurato nel primo anno di durata della polizza;
- entro un anno dall'incremento del minimo garantito in caso di morte o dalla ripresa del pagamento dei premi dopo una sospensione ai sensi dell'articolo 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione;
- partecipazione dell'Assicurato a reati dolosi;
- partecipazione dell'Assicurato ad azioni di guerra o insurrezioni, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in tal caso la copertura può essere prestata, su richiesta dell'Investitore-Contraente, alle condizioni stabilite dal Ministero competente;
- fatto intenzionale dell'Investitore-Contraente o di un Beneficiario;
- contaminazione nucleare che mette in pericolo la salute di numerose persone o che sia causa dell'attivazione di misure previste in caso di catastrofe dalle autorità competenti;
- guida di qualsiasi veicolo o natante se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- incidente di volo ad eccezione dei voli effettuati, in qualità di passeggero, con vettori abilitati al trasporto pubblico.
- infortuni e malattie causati all'Assicurato da abuso di alcol e psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- pratica di sport pericolosi (ad esempio paracadutismo, deltaplano, parapendio o altri sport aerei in genere, immersioni subacquee con o senza autorespiratore, alpinismo nelle sue varie forme, gare automobilistiche, regate veliche, speleologia, sport estremi nelle varie forme, ecc.) salvo che siano stati dichiarati all'atto della sottoscrizione del modulo di proposta o comunicati successivamente alla Sede Secondaria Italiana della Compagnia a mezzo raccomandata A.R., in data antecedente all'evento, e che la Compagnia stessa abbia comunicato per iscritto le condizioni per l'accettazione del rischio o le eventuali limitazioni.

Sono escluse inoltre le seguenti attività professionali:

- addetto ad attività subacquee in genere;
- speleologia;
- lavori in cave, gallerie, pozzi, miniere e simili nonché alla costruzione o manutenzione di ponti, gallerie, grattacieli e simili;
- attività che implicano il contatto/uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo;
- operai di aziende petrolifere su piattaforme;
- personale circense, controfigure cinematografiche.

In tali casi, la Compagnia pagherà unicamente il controvalore delle quote attribuite alla polizza, calcolato l'ultimo giorno del mese in cui la Compagnia avrà ricevuto la comunicazione del decesso.

Quando il decesso è causato da fatto intenzionale di uno dei Beneficiari, la Compagnia pagherà detto importo agli altri Beneficiari designati nel certificato di assicurazione, secondo l'ordine stabilito.

4.2 Incremento del minimo garantito in caso di morte senza questionario per l'assicurato. Qualora l'Investitore-Contraente si trovasse in una delle seguenti condizioni:

- matrimonio;
 - nascita di un figlio;
 - accensione di un mutuo per prima casa
- potrà incrementare la copertura assicurativa fino:
- 300.000 € per età inferiore a 50 anni al momento della richiesta;
 - 150.000 € per età uguali o superiori a 50 anni al momento della richiesta

senza che l'Assicurato fornisca alcun questionario sanitario ma l'Investitore-Contraente dovrà fornire la documentazione comprovante una di queste condizioni.

Solamente nel caso in cui al momento della sottoscrizione del modulo di proposta non sia stato compilato alcun questionario, l'Assicurato dovrà compilare il questionario sanitario di base e fornire gli eventuali ulteriori accertamenti sanitari che la Compagnia vorrà richiedere. Successivamente, dietro presa visione delle risposte fornite sul questionario e degli eventuali ulteriori accertamenti sanitari foriniti, la Compagnia valuterà la possibilità di incrementare il minimo garantito in caso di morte e le condizioni alle quali accettare tale richiesta.

4.3 Riscatto totale. L'Investitore-Contraente può chiedere, sia per le polizze a premio annuo che per le polizze a premio unico, il riscatto totale delle quote possedute nei fondi collegati, già nel corso del primo anno dalla decorrenza di polizza a condizione che siano stati versati i premi dovuti. La richiesta deve essere inoltrata dall'Investitore-Contraente alla Sede Secondaria italiana della Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R., ricevuta almeno 7 giorni prima della data in cui dovrà essere effettuato il riscatto.

La Compagnia darà corso alle richieste di riscatto pervenute entro il termine sopra indicato, il primo giorno ferialo del mese successivo alla scadenza di pagamento della rata di premio.

L'importo liquidabile sarà pari al valore del contratto, ovvero al numero delle quote attribuite alla polizza l'ultimo giorno del mese precedente in cui è pervenuta alla Compagnia la richiesta di liquidazione, moltiplicate per il prezzo di vendita – valore di vendita – di tali quote di disinvestimento, detratte le penali per il riscatto. La penalità di riscatto è calcolata moltiplicando il valore delle quote attribuite alla polizza per la percentuale indicata nell'Allegato 2.

La data di disinvestimento equivale al primo giorno ferialo del mese successivo a quello in cui la Compagnia avrà ricevuto la richiesta di riscatto.

In caso di riscatto totale della polizza, il contratto di assicurazione cesserà di produrre effetti tra le Parti alla data in cui viene determinato il valore di riscatto e la Compagnia sarà unicamente tenuta al pagamento di tale valore di riscatto all'Investitore-Contraente.

4.4 Riscatto parziale. L'Investitore-Contraente può chiedere il riscatto parziale secondo modalità differenti:

- nel caso di polizze a premio annuo, l'Investitore-Contraente può chiedere il riscatto parziale delle quote dei fondi collegati alla polizza decorsi almeno cinque anni dalla decorrenza della polizza e dopo il pagamento di almeno cinque annualità di premio;
- nel caso di polizze a premio unico invece, l'Investitore-Contraente potrà chiedere il riscatto parziale delle quote dei fondi collegati alla polizza già nel corso del primo anno e avendo corrisposto i premi dovuti.

La richiesta deve essere inoltrata dall'Investitore-Contraente alla Sede Secondaria italiana della Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R., ricevuta almeno 7 giorni prima della data in cui dovrà essere effettuato il riscatto.

Il costo inerente il riscatto parziale è pari all'importo fisso di 60 € per il riscatto fino al 20% del valore della polizza mentre per il riscatto riguardante la parte che supera il 20% del valore della polizza verranno applicate le penalità di riscatto parziale di cui all'Allegato 2.

Fatte salve istruzioni diverse, il riscatto viene effettuato proporzionalmente al valore delle quote disponibile in ciascuno dei fondi selezionati. Il riscatto parziale non sarà comunque consentito per le polizze il cui valore residuo successivamente al riscatto sarebbe inferiore a 1.000 €. Il riscatto parziale può essere chiesto una volta per ogni annualità di polizza. In seguito al riscatto parziale la prestazione in caso di morte si ridurrà fino alla misura massima del 10% della somma complessiva dei premi.

I riscatti parziali verranno liquidati secondo il metodo F.I.F.O - First In First Out.

Il metodo F.I.F.O. prevede che, qualora sulla polizza per la quale l'Investitore-Contraente ha richiesto il riscatto parziale siano attivi dei premi unici aggiuntivi, il riscatto parziale venga applicato a partire dal primo premio unico aggiuntivo più anziano e fino ad esaurimento, per ordine di anzianità, di tutti i premi unici attivi sulla polizza base. Solo dopo aver esaurito tutti i premi unici aggiuntivi, il riscatto parziale verrà applicato alla polizza base.

4.6 Opzione Joint Life - Coassicurazione del Partner. Nelle polizze a premio annuo, l'Investitore-Contraente può inserire in qualsiasi momento, durante il periodo di pagamento dei premi, una seconda persona assicurata all'interno del contratto, di seguito denominata – Partner –.

In questo caso, qualora il Partner dovesse decedere prima del termine della polizza, l'Investitore-Contraente non avrà più l'obbligo di pagare i premi e la Compagnia si farà carico del pagamento dei stessi per un ammontare pari all'ultimo premio lordo pagato e fino al termine della durata di pagamento premi pattuita. Il contratto verrà protratto dalla Compagnia con il mantenimento della piena copertura assicurativa in caso di decesso. Questa garanzia può essere inserita ed esclusa in qualsiasi momento mediante una lettera raccomanda A.R. inviata alla Sede Secondaria italiana della Compagnia.

Il diritto alla sospensione dal pagamento dei premi entra in vigore al termine del mese durante il quale il Partner è deceduto. Se

la comunicazione del decesso avviene nei tre mesi successivi al decesso, la sospensione dal pagamento dei premi entrerà in vigore dal primo giorno del mese successivo alla data di decesso. Qualora invece la comunicazione del decesso avvenga dopo che siano trascorsi tre mesi dal decesso, la sospensione dal pagamento dei premi entrerà in vigore dal primo giorno del mese successivo alla data di ricevimento della comunicazione da parte della Compagnia.

Nel caso in cui la polizza sia stata sospesa dal pagamento dei premi in seguito al verificarsi di uno degli eventi previsti dalla garanzia "Esonero dal pagamento dei premi in caso di incapacità al guadagno per invalidità totale e permanente da infortunio e malattia", questa garanzia non potrà essere concessa.

La coassicurazione del Partner avrà termine nel momento in cui la durata del pagamento dei premi dell'assicurazione principale sarà scaduta e/o nel momento in cui l'assicurazione principale sia stata sospesa dal pagamento dei premi così come previsto dall'art. 6 - Sospensione del pagamento dei premi, delle Condizioni Generali di Assicurazione. Qualora il pagamento dei premi venisse ripristinato, sarà nuovamente possibile attivare la coassicurazione del Partner, in seguito al controllo completo dello stato di salute dello stesso da parte della Compagnia. La coassicurazione del Partner è inoltre sospesa durante il periodo di tempo in cui è sospeso il pagamento dei premi in seguito al verificarsi di uno degli eventi previsti dalla garanzia "Esonero dal pagamento dei premi in caso di incapacità al guadagno per invalidità totale e permanente da infortunio e malattia". In tal caso non verranno detratti dal valore delle quote dei fondi collegati alla polizza, i costi per la coassicurazione del Partner relativamente a questo periodo di sospensione.

Qualora il Partner, in caso di riattivazione della polizza, sia ancora in vita, la coassicurazione verrà ripristinata e verranno detratti dal valore delle quote i costi relativi al rischio per la coassicurazione.

I costi per la garanzia di coassicurazione del Partner sono gli stessi previsti per la copertura del caso morte (Parte I, Sezione C, par. 14.1.3). In caso di decesso del Partner durante la durata della prestazione "Esonero dal pagamento dei premi in caso di incapacità al guadagno per invalidità totale e permanente da infortunio e malattia", la coassicurazione subentrerà al termine della prestazione "Esonero dal pagamento dei premi in caso di incapacità al guadagno per invalidità totale e permanente da infortunio e malattia" e solo se a quel momento sussisterà ancora l'obbligo al pagamento dei premi da parte dell'Investitore-Contraente. In tal caso permane come premio della garanzia coassicurazione del Partner, il premio di prestazione della garanzia "Esonero dal pagamento dei premi in caso di incapacità al guadagno per invalidità totale e permanente da infortunio e malattia".

Inclusione successiva di una coassicurazione del Partner

Un'inclusione successiva di un Partner è possibile solo in seguito a completo controllo dello stato di salute dello stesso da parte della Compagnia. L'obbligo di prestazione della Compagnia ha inizio dalla data di decorrenza di tale coassicurazione.

4.7 Periodo di flessibilità. L'Investitore-Contraente potrà determinare un periodo in cui avere la possibilità di chiedere una serie di riscatti preordinati senza l'applicazione di alcuna penalizzazione. Questo periodo di chiama "periodo di flessibilità" e l'Investitore-Contraente potrà usufruirne successivamente al termine della durata del pagamento dei premi. Su questi riscatti preordinati non verrà applicata alcuna penalizzazione. La richiesta dovrà essere inoltrata preventivamente alla Sede Secondaria italiana della Compagnia precisando il momento dal quale questo periodo dovrà avere decorrenza e verranno concessi a condizione che all'inizio e durante il periodo di flessibilità, il valore minimo in polizza sia di € 2.500.

Per le polizze a premio unico, il periodo di flessibilità è concesso solo trascorso il 5^o anno dalla data di decorrenza della stessa.

4.8 Loyalty Bonus. La Compagnia erogherà una prestazione aggiuntiva sotto forma di quote che concorrerà alla determinazione del capitale finale.

Per le polizze a premio annuo il Loyalty Bonus verrà erogato a partire dal 16^o anno di entrata in vigore del contratto. L'erogazione potrà avvenire fino a 7 anni prima dell'inizio del periodo di flessibilità e comunque per un periodo non superiore alla durata pagamento premi moltiplicata per il coefficiente 0,2.

Il Loyalty Bonus è riconosciuto anche in caso di morte dell'Assicurato e viene attribuito su base mensile al contratto stesso ed è calcolato secondo le percentuali qui di seguito riportate:

- per le polizze a premio annuo sarà pari allo 0,8% annuo sul valore del contratto;
- per le polizze a premio unico sarà pari a:

- dal 13^o al 17^o anno: 0,038% sul valore del contratto
- dal 18^o al 22^o anno: 0,040% sul valore del contratto
- dal 23^o al 26^o anno: 0,042% sul valore del contratto
- dal 27^o anno in poi: 0,046% sul valore del contratto

Le percentuali del Loyalty Bonus potranno variare solo dopo comunicazione scritta all'Investitore-Contraente.

Articolo 5 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

5.1 La Compagnia provvederà ad effettuare i pagamenti dovuti ai sensi di polizza, entro il giorno 15 del mese successivo a quello in cui la Compagnia avrà ricevuto la relativa richiesta dell'avente diritto, effettuati tutti gli accertamenti del caso ed ottenuti i documenti di cui sotto.

Sarà onere del Beneficiario inviare alla Compagnia la richiesta tramite raccomandata A.R. allegando:

- originale del certificato di assicurazione;
- fotocopia di un documento di identità e del codice fiscale dell'avente diritto;
- originale del certificato di morte che indichi la causa del decesso;
- relazione del medico curante circa la causa del decesso da compilare, in ogni sua parte, sul modulo della Compagnia;
- copia autenticata della cartella clinica dell'ultimo ricovero;
- referto autoptico;
- copia autenticata della cartella clinica relativa al primo ricovero in occasione del quale venne posta la diagnosi della malattia che ha condotto al decesso dell'Assicurato;
- lettere di dimissioni relative ad altri eventuali ricoveri;

- un atto notorio, oppure la dichiarazione sostitutiva di esso, riguardante lo stato successorio della persona deceduta. Tale documento dovrà indicare se il deceduto abbia o meno lasciato testamento e l'elenco completo di tutti i suoi eredi. Nel caso di esistenza di testamento dovrà, inoltre, essere inviata copia autentica dell'atto di pubblicazione o dell'eventuale verbale di deposito del testamento stesso, nonché l'atto notorio, o la dichiarazione sostitutiva del medesimo, che dovrà attestare che il testamento è l'unico conosciuto, valido e non impugnato. Nel caso di esistenza di più testamenti, l'atto notorio o la dichiarazione sostitutiva del medesimo dovrà altresì precisare che, oltre ai testamenti ivi riferiti, dei quali pure dovranno essere inviate le copie autentiche degli atti di pubblicazione e degli eventuali verbali di deposito, non ne sussistono altri;
 - decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'Esercente la patria potestà o il Tutore a riscuotere la prestazione in caso di Beneficiario minorenni o incapace, indicando anche le modalità di reimpiego di tale somma ed esonerando la Compagnia da ogni responsabilità al riguardo.
- 5.2** In caso di mancato pagamento entro il termine di cui al precedente paragrafo 5.1, saranno altresì dovuti dalla Compagnia gli interessi di mora al tasso legale dal giorno successivo alla scadenza del termine alla data di pagamento.
- Si richiama l'attenzione dell'Investitore-Contraente sul fatto che, ai sensi dell'art. 2952 CC, i diritti derivanti dal presente contratto si prescrivono in un anno.

Sezione 2 - GARANZIE COMPLEMENTARI
MORTE PER INFORTUNIO
MORTE PER INFORTUNIO A SEGUITO DI INCIDENTE STRADALE
(solo per polizze a premio annuo)

Articolo 1 DEFINIZIONE DI INFORTUNIO

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano come conseguenza la morte dell'Assicurato. È considerato infortunio conseguente ad incidente stradale quello causato dalla circolazione di veicoli con o senza guida di rotaie, su strade di uso pubblico o su aree anche private.

Articolo 2 PRESTAZIONI ASSICURATE

2.1 Prestazione in caso di morte in seguito ad infortunio. Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida ai Beneficiari un valore di indennizzo pari all'ammontare del minimo garantito in caso di morte in vigore al momento del decesso.

Il minimo garantito è rappresentato dalla somma complessiva dei premi, moltiplicata per il tasso percentuale indicato dall'Investitore-Contraente nel modulo di proposta che

- nelle *polizze a premio annuo* andrà da un minimo dell'1% fino ad un massimo del 300%;
- nelle *polizze a premio unico* andrà da un minimo dell'1% fino ad un massimo del 200%.

Qualora il contratto sia stato concluso senza visita medica la prestazione complessivamente assicurata, tenuto anche conto di eventuali altri contratti sottoscritti con la Compagnia e comprese quindi anche altre eventuali prestazioni complementari attive su altre polizze, non potrà essere superiore a Euro 300.000,00 per persone con età inferiore a 50 anni e Euro 150.000,00 per persone con età uguale e superiore a 50 anni.

L'indennità per il caso di morte da infortunio non è cumulabile con quella per l'invalidità totale e permanente da infortunio.

Tuttavia se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità totale e permanente, ma entro i due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo infortunio, l'Assicurato morisse, la Compagnia erogherà ai Beneficiari la differenza tra l'indennità per morte da infortunio - se superiore - e quella già pagata per l'invalidità totale e permanente. Qualora invece l'indennità liquidata per l'invalidità totale e permanente risultasse superiore a quella da liquidare per la morte da infortunio, la Compagnia non liquiderà nulla e i Beneficiari non saranno tenuti ad alcun rimborso.

2.2 Prestazione in caso di morte per infortunio in seguito ad incidente stradale. Se a causa di infortunio determinato da incidente stradale l'Assicurato decede entro due anni dal giorno in cui l'infortunio si è verificato, la Compagnia corrisponde un valore di indennizzo pari al doppio dell'ammontare del minimo garantito in caso di morte in vigore al momento del decesso.

Il minimo garantito è rappresentato dalla somma complessiva dei premi, moltiplicata per il tasso percentuale indicato dall'Investitore-Contraente nel modulo di proposta che

- nelle *polizze a premio annuo* andrà da un minimo dell'1% fino ad un massimo del 300%;
- nelle *polizze a premio unico* andrà da un minimo dell'1% fino ad un massimo del 200%.

Qualora il contratto sia stato concluso senza visita medica la prestazione complessivamente assicurata, tenuto anche conto di eventuali altri contratti sottoscritti con la Compagnia e comprese quindi anche altre eventuali prestazioni complementari attive su altre polizze, non potrà essere superiore a Euro 300.000,00 per persone con età inferiore a 50 anni e Euro 150.000,00 per persone con età uguale e superiore a 50 anni.

Per infortunio conseguente ad incidente stradale si intende quello causato dalla circolazione dei veicoli di cui agli artt. 46 e 47 del Codice della Strada e dei veicoli su rotaie che avvenga su strade ad uso pubblico o su aree a queste equiparate.

Restano sempre esclusi dalla presente garanzia gli infortuni subiti dai passeggeri dei veicoli circolanti su rotaie.

* * * * *

In caso di premorienza dell'Assicurato, la prestazione complessivamente liquidata dalla Compagnia, tenuto conto anche di eventuali altri contratti attivi presso la Compagnia stessa, non potrà mai essere superiore a € 900.000,00.

- Esclusioni -

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

- inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, disintegrazioni del nucleo atomico;
- fatti di guerra, operazioni militari, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale ed a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- atti dolosi commessi dall'Assicurato, fatto salvo i casi di legittima difesa, e atti contro la propria persona compiuti o consentiti dall'Assicurato;
- imprudenza o negligenza grave, partecipazione a corse, gare, scommesse e relativi allenamenti e prove, salvo il caso che si tratti di corse podistiche, gare bocciofile, pesca non subacquea, tiro a segno, tiro a volo e simili, scherma e tennis;
- guida di qualsiasi veicolo o natante se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- uso e guida di mezzi subacquei o di mezzi aerei salvo che l'Assicurato si trovi in qualità di passeggero su un apparecchio in servizio pubblico su linee autorizzate ed esercitate da società di traffico aereo regolare;
- pratica di sport pericolosi (ad esempio paracadutismo, deltaplano, parapendio o altri sport aerei in genere, immersioni subacquee con o senza autorespiratore, alpinismo nelle sue varie forme, gare automobilistiche, regate veliche, speleologia, sport estremi nelle varie forme, ecc) salvo che siano stati dichiarati all'atto della sottoscrizione del modulo di proposta o comunicati

successivamente alla Compagnia a mezzo raccomandata A.R., in data antecedente all'evento, e che la Compagnia stessa abbia comunicato per iscritto le condizioni per l'accettazione del rischio o le eventuali limitazioni;

- abuso di alcool e/o uso di stupefacenti o per effetto di operazioni chirurgiche o trattamenti non resi necessari dall'infortunio o riguardanti la cura della persona.

Sono inoltre escluse le seguenti attività professionali:

- addetto ad attività subacquee in genere;
- speleologia;
- lavori in cave, gallerie, pozzi, miniere e simili nonché alla costruzione o manutenzione di ponti, gallerie, grattacieli e simili;
- attività che implicino il contatto/uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo;
- operai di aziende petrolifere su piattaforme;
- personale circense, controfigure cinematografiche.

In ogni caso, l'accettazione da parte della Compagnia della sottoscrizione della presente prestazione assicurativa è soggetta a preventiva verifica da parte della Società stessa delle dichiarazioni rilasciate nel questionario nel modulo di proposta; la Compagnia si riserva il diritto di subordinare la sottoscrizione di tale prestazione assicurativa al pagamento di un sovrappremio professionale e/o sportivo.

Per maggiori informazioni sulle garanzie morte per infortunio e morte per infortunio a seguito di incidente stradale si rinvia alla Sezione 2 - Garanzie Complementari.

Si rinvia all'art. 7 della stessa Sezione 2 per la documentazione che l'Investitore-Contraente o il Beneficiario sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione delle prestazioni assicurative.

Si rinvia altresì alle stesse per i termini di pagamento concessi alla Compagnia e i termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente.

Articolo 3 ETÀ ASSICURABILE

Le Garanzie Complementari operano esclusivamente se l'età dell'Assicurato è maggiore di 18 anni ed inferiore a 75 anni. L'età massima di entrata per l'Assicurato è di 72 anni.

Articolo 4 INSERIMENTO DELLE GARANZIE SUPPLEMENTARI DURANTE L'ESISTENZA IN VIGORE DELLA POLIZZA

Durante l'esistenza in vigore della polizza, l'Investitore-Contraente avrà la possibilità di proporre alla Compagnia l'inserimento delle presenti Garanzie Supplementari.

La Compagnia avrà la facoltà di accettare la proposta, a propria assoluta discrezione, dietro presa visione del Questionario Sanitario che l'Assicurato dovrà fornire. La Compagnia si riserva inoltre il diritto di chiedere gli ulteriori accertamenti necessari alla valutazione del rischio.

Articolo 5 COSTO DELLE GARANZIE COMPLEMENTARI

Per il pagamento delle garanzie complementari Morte per infortunio e Morte per infortunio a seguito di incidente stradale, l'Investitore-Contraente dovrà versare un premio aggiuntivo oltre a quello previsto per la polizza base – caso morte -.

Il costo per la copertura caso Morte per infortunio viene determinato moltiplicando il minimo garantito in caso morte per il tasso di tariffa relativo a questa copertura, che per un Assicurato di sesso maschile è 0,0010286 e per un Assicurato di sesso femminile è 0,000371. A tale risultato viene aggiunto il costo fisso di € 15.

Il costo per la copertura caso Morte per infortunio in seguito ad incidente stradale viene determinato moltiplicando il minimo garantito in caso di morte per il tasso di tariffa relativo a questa copertura, che per un Assicurato di sesso maschile è 0,000743 e per un Assicurato di sesso femminile è 0,0002857.

Articolo 6 RISCATTO

In caso di riscatto da parte dell'Investitore-Contraente prima della scadenza dell'annualità o del versamento di una frazione di premio, la Compagnia non rimborserà la parte di premio pagata per le garanzie complementari e non goduta.

Articolo 7 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

7.1 La Compagnia provvederà ad effettuare i pagamenti dovuti ai sensi di polizza, entro il giorno 15 del mese successivo a quello in cui la Compagnia avrà ricevuto la relativa richiesta dell'avente diritto, effettuati tutti gli accertamenti del caso ed ottenuti i documenti di cui sotto.

Sarà onere del Beneficiario inviare alla Compagnia la richiesta tramite raccomandata A.R. allegando:

- originale del certificato di assicurazione;
- fotocopia di un documento di identità e del codice fiscale dell'avente diritto;
- relazione del medico curante circa la causa del decesso da compilare, in ogni sua parte, sul modulo della Compagnia;
- originale del certificato di morte che indichi la causa del decesso;
- copia autenticata della cartella clinica nel caso in cui il decesso è stato preceduto da ricovero;
- lettera dell'eventuale dimissioni relativa all'eventuale ricovero occorso prima del decesso;
- copia del referto autoptico e dell'esame alcoolimetrico; in caso di mancata disposizione da parte dell'Autorità competente allegare documento attestante la mancata esecuzione;
- verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha rilevato la dinamica del sinistro e, qualora richiesto dalla Compagnia, estratto del registro degli atti penali recante l'indicazione dell'ipotesi di reato per la quale sia stato richiesto il rinvio a giudizio di persona coinvolta nel sinistro;
- decreto di archiviazione.
- un atto notorio, oppure la dichiarazione sostitutiva di esso, riguardante lo stato successorio della persona deceduta. Tale documento

dovrà indicare se il deceduto abbia o meno lasciato testamento e l'elenco completo di tutti i suoi eredi. Nel caso di esistenza di testamento dovrà, inoltre, essere inviata copia autentica dell'atto di pubblicazione o dell'eventuale verbale di deposito del testamento stesso, nonché l'atto notorio, o la dichiarazione sostitutiva del medesimo, che dovrà attestare che il testamento è l'unico conosciuto, valido e non impugnato. Nel caso di esistenza di più testamenti, l'atto notorio o la dichiarazione sostitutiva del medesimo dovrà altresì precisare che, oltre ai testamenti ivi riferiti, dei quali pure dovranno essere inviate le copie autentiche degli atti di pubblicazione e degli eventuali verbali di deposito, non ne sussistono altri;

- decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'Esercente la patria potestà o il Tutore a riscuotere la prestazione in caso di Beneficiario minorenne o incapace, indicando anche le modalità di reimpiego di tale somma ed esonerando la Compagnia da ogni responsabilità al riguardo.

7.2 In caso di mancato pagamento entro il termine di cui al precedente paragrafo 7.1, saranno altresì dovuti dalla Compagnia gli interessi di mora al tasso legale dal giorno successivo alla scadenza del termine alla data di pagamento.

Si richiama l'attenzione dell'Investitore-Contraente sul fatto che, ai sensi dell'art. 2952 CC, i diritti derivanti dal presente contratto si prescrivono in un anno.

Sezione 3 - CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE
ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INCAPACITÀ AL GUADAGNO
PER INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA
(solo per polizze a premio annuo)

Articolo 1 DEFINIZIONE DI “INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE”

Perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dall'attività svolta al momento della sottoscrizione della polizza. L'Invalidità Totale Permanente sarà riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità dell'Assicurato, valutato in base alla tabella contenuta nell'Allegato 1 al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 (Tabella INAIL), sia pari o superiore al 66%. Resta comunque esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 febbraio 2000 n. 38.

Qualora l'Assicurato all'atto della sottoscrizione del modulo di proposta dichiara di non svolgere alcuna attività lavorativa, con invalidità totale e permanente dovrà intendersi la perdita totale, definitiva e permanente da parte dell'Assicurato della capacità all'esercizio di qualsiasi attività lavorativa remunerata. Tale limitazione verrà formalizzata, preventivamente all'emissione della polizza, su specifica appendice e rimarrà in vigore fino a quando la Compagnia provvederà a comunicare per iscritto le condizioni per l'accettazione del rischio o le eventuali limitazioni qualora l'Assicurato comunichi, a mezzo raccomandata A.R., in data anteriore all'evento, di svolgere un'attività lavorativa specificando le mansioni svolte e il settore in cui opera.

L'invalidità totale e permanente deve essere conseguenza di ogni singola malattia organica sopravvenuta o di ogni singolo infortunio sopravvenuto, indipendenti dalla volontà dell'Assicurato, intervenuti successivamente alla data di conclusione o di riattivazione del contratto, oggettivamente accertabili e constatabili.

Si intende “permanente” una invalidità che dura per un periodo di almeno sei mesi consecutivi, e che dopo tale periodo non abbia alcuna speranza di miglioramento.

I postumi residuati da ogni singolo evento di malattia o infortunio non possono essere cumulabili fra di loro.

Articolo 2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

In caso di sopravvenuta invalidità totale e permanente, la Compagnia si sostituirà all'Investitore-Contraente nel pagamento di tutto o di parte, in funzione del grado di invalidità riconosciuto, delle rate di premio della polizza base – caso morte – che vengano a scadere successivamente al 181^o giorno dal ricevimento della comunicazione relativa a tale evento, per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia o dell'infortunio, senza tener conto di eventuali incrementi di premio che dovessero nel frattempo venire a maturazione.

In caso di decesso dell'Assicurato, prima che la Compagnia abbia accertato l'indennizzabilità dell'invalidità, la prestazione dovuta ai sensi delle presenti Condizioni Speciali non è dovuta e, in suo luogo, viene liquidato il capitale dovuto in caso di morte con la conseguente risoluzione del contratto.

- Esclusioni -

La Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata per i casi di invalidità conseguenti a:

- stato di invalidità presenti dell'Assicurato pre-esistente alla data di effetto della garanzia;
- dolo dell'Investitore-Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- tentato suicidio;
- infortunio aereo comunque verificatosi, sia in volo che a terra, dipendente da attività professionale aeronautica, militare o civile, dell'Assicurato;
- cause di guerra;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica a seguito di infortunio o malattia avvenuti durante il periodo di polizza;
- cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni già in essere prima della data di effetto delle garanzie;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- abuso di alcool e/o uso di sostanze stupefacenti;
- guida di qualsiasi veicolo o natante se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- pratica di sport pericolosi (ad esempio paracadutismo, deltaplano, parapendio o altri sport aerei in genere, immersioni subacquee con o senza autorespiratore, alpinismo nelle sue varie forme, gare automobilistiche, regate veliche, speleologia, sport estremi nelle varie forme, ecc) salvo che siano stati dichiarati all'atto della sottoscrizione della proposta o comunicati successivamente alla Sede Secondaria Italiana della Compagnia a mezzo raccomandata A.R., in data antecedente all'evento, e che la Compagnia stessa abbia comunicato per iscritto le condizioni per l'accettazione del rischio o le eventuali limitazioni.

Sono inoltre escluse le seguenti attività professionali:

- addetto ad attività subacquee in genere;
- speleologia;
- lavori in cave, gallerie, pozzi, miniere e simili nonché alla costruzione o manutenzione di ponti, grattacieli e simili;
- attività che implicano il contatto/uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo;
- operai di aziende petrolifere su piattaforme;
- personale circense, controfigure cinematografiche.

Inoltre, non sono assicurabili, indipendentemente dallo stato di salute rilevabile dal questionario o dagli accertamenti sanitari, le

persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, farmaci), infezioni da HIV, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei.

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

La copertura aggiuntiva non opera altresì qualora l'Assicurato ostacoli lo svolgimento dei necessari controlli ed esami da parte della Compagnia oppure ometta di notificare le variazioni intervenute in relazione al proprio stato e grado di invalidità che ha determinato l'incapacità al guadagno.

Per maggiori informazioni si rinvia alla Sezione 2 - Condizioni Speciali di Assicurazione "Esonero dal pagamento dei premi in caso di incapacità al guadagno per invalidità totale e permanente da infortunio e malattia".

Si rinvia alla Sezione 2 - Condizioni Speciali di Assicurazione (art. 5) per la documentazione che l'Investitore-Contraente o il Beneficiario sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione delle prestazioni assicurative.

Si rinvia altresì alle stesse per i termini di pagamento concessi alla Compagnia e i termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente.

Articolo 3 DECORRENZA E DURATA

La copertura aggiuntiva decorre dalla data di entrata in vigore della polizza ai sensi dell'art. 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione e rimane in vigore per l'intera durata della polizza stessa, a condizione che l'Investitore-Contraente sia in regola con il pagamento dei premi ai sensi di polizza. In ogni caso, la copertura aggiuntiva opera esclusivamente se l'età dell'Assicurato è maggiore a 18 ed inferiore a 60.

Articolo 4 PERIODO DI CARENZA

Qualora lo stato di invalidità totale e permanente sia causato da malattia, il pagamento delle prestazioni ai sensi del precedente articolo 2 decorre dal 181^o giorno dal ricevimento della comunicazione relativa all'evento, a condizione che la Compagnia abbia verificato l'effettiva sussistenza e grado dell'invalidità che ha causato l'incapacità al guadagno. Qualora la Compagnia accerti l'esistenza del diritto dell'Assicurato alle prestazioni sopra descritte successivamente al termine di sei mesi dal verificarsi dell'evento che ha dato origine all'invalidità che ha determinato l'incapacità al guadagno, l'Investitore-Contraente sarà comunque tenuto al pagamento dei premi scaduti, che gli saranno rimborsati dalla Compagnia all'esito delle verifiche, se positivo.

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

Articolo 5 DENUNCIA DELL'INVALIDITÀ ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di malattia o infortunio, l'Investitore-Contraente o chi per esso deve darne avviso, corredato da certificazione medica, eventuali cartelle cliniche e successivi controlli clinici e strumentali effettuati, con lettera raccomandata A.R. alla Compagnia entro 60 giorni da quando, secondo parere del medico curante, ci sia motivo di ritenere che la malattia o l'infortunio, per le loro caratteristiche e presumibili conseguenze, possano determinare una invalidità totale e permanente.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni garantite, ai sensi dell'Art. 1915 C.C.

Qualora la documentazione inviata non fosse esaustiva, la Compagnia si riserva di sottoporre l'Assicurato ad accertamento medico - legale presso il proprio fiduciario. L'Assicurato deve altresì sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Articolo 6 COSTO DELLA COPERTURA AGGIUNTIVA

Il costo annuo della copertura aggiuntiva di cui alle presenti Condizioni Speciali di Assicurazione è pari al 1,5% del premio annuo relativo alla polizza, e sarà addebitato mensilmente, mediante cancellazione di quote attribuite alla polizza sino allo scioglimento del contratto di assicurazione o, se precedente, sino al verificarsi dell'evento che dà luogo all'invalidità dell'Assicurato che ne determina l'incapacità al guadagno.

Articolo 7 ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ, CONTROVERSIE, PERIZIA CONTRATTUALE

Trascorsi 180 giorni e non oltre 360 giorni dalla denuncia dell'evento invalidante, la Compagnia si riserva di eseguire i necessari accertamenti in merito al grado ed all'effettivo protrarsi dello stato di invalidità, ed a pronunciarsi sul diritto alle prestazioni per invalidità totale e permanente. L'Investitore-Contraente, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione con la quale la Compagnia si è pronunciata sullo stato di invalidità totale e permanente, potrà richiedere una "perizia contrattuale" a mezzo lettera raccomandata da inviarsi alla Compagnia.

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze invalidanti del sinistro, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità enunciati in precedenza, potrà essere demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel comune sede dell'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle perizie contrattuali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dai periti nel verbale definitivo.

**Sezione 4 - GARANZIE SUPPLEMENTARI
INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO
DIARIA DA RICOVERO
DIARA DA GESSO
(solo per polizze a premio annuo)**

NORME CHE REGOLANO LE GARANZIE SUPPLEMENTARI IN GENERALE

Norme che regolano le garanzie supplementari in generale.

Queste norme, hanno validità e integrano, completano e/o sostituiscono quanto già regolato dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

Articolo 1 ALTRE ASSICURAZIONI

L'Investitore-Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare preventivamente alla Compagnia l'eventuale esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per gli stessi rischi previsti dalla presente polizza, fermo l'obbligo, invece, di darne comunicazione in caso di sinistro.

L'omissione dolosa della predetta comunicazione comporta la decadenza del diritto all'indennizzo.

Articolo 2 DECORRENZA DELLE GARANZIE

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 4 - Decorrenza e durata, delle Condizioni Generali di Assicurazione e in deroga al 1^o comma dell'Art. 1899 del C.C., le garanzie nei confronti dei singoli Assicurati decorrono:

- per gli infortuni: dalla data di decorrenza della polizza base;
- per le malattie: dalle ore 24.00 del 180^o giorno successivo alla data di decorrenza della polizza base;
- per le malattie che siano espressione o conseguenza diretta di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ed infortuni anteriormente alla stipulazione della polizza, per le conseguenze di infortuni pregressi e per le patologie diagnosticate nei primi 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura, dalle ore 24.00 del 180^o giorno dalla data di decorrenza della polizza base.

Articolo 3 DURATA

La durata delle presenti garanzie supplementari è la stessa di quella prevista dalla polizza base ad essa collegate, ma con il limite massimo di età dell'assicurato pari a 60 anni.

Articolo 4 ETÀ ASSICURABILE

Le garanzie supplementari operano esclusivamente se l'età dell'Assicurato è maggiore di 18 anni ed inferiore a 60 anni. L'età massima di entrata per l'Assicurato è di 57 anni.

Articolo 5 INSERIMENTO DELLE GARANZIE SUPPLEMENTARI DURANTE L'ESISTENZA IN VIGORE DELLA POLIZZA

Durante l'esistenza in vigore della polizza, l'Investitore-Contraente avrà la possibilità di proporre alla Compagnia l'inserimento delle presenti garanzie supplementari.

La Compagnia avrà la facoltà di accettare il modulo di proposta, a propria assoluta discrezione, dietro presa visione del Questionario Sanitario che l'Assicurato dovrà fornire. La Compagnia si riserva inoltre il diritto di chiedere gli ulteriori accertamenti necessari alla valutazione del rischio.

Articolo 6 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Articolo 7 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato e/o l'Investitore-Contraente devono dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del C.C.. In particolare costituisce causa di cessazione dell'assicurazione la sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Articolo 8 CESSAZIONE DEL RISCHIO

In caso di premorienza o di invalidità totale e permanente dell'Assicurato la presente garanzia cessa di produrre i suoi effetti per cessazione del rischio assicurato.

Articolo 9 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Articolo 10 DEFINIZIONE DI "INVALIDITÀ PERMANENTE"

Perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di infortunio, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dall'attività svolta al momento della sottoscrizione della polizza. L'Invalidità Totale Permanente verrà valutata in base alla tabella contenuta nell'Allegato 1 al D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 (Tabella INAIL). Resta comunque esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 febbraio 2000 n. 38.

Qualora l'Assicurato all'atto della sottoscrizione del modulo di proposta dichiara di non svolgere alcuna attività lavorativa, con invalidità totale e permanente dovrà intendersi la perdita totale, definitiva e permanente da parte dell'Assicurato della capacità all'esercizio di qualsiasi attività lavorativa remunerata. Tale limitazione verrà formalizzata, preventivamente all'emissione della polizza, su specifica appendice e rimarrà in vigore fino a quando la Compagnia provvederà a comunicare per iscritto le condizioni per l'accettazione del rischio o le eventuali limitazioni qualora l'Assicurato comunichi, a mezzo raccomandata A.R., in data anteriore all'evento, di svolgere un'attività lavorativa specificando le mansioni svolte e il settore in cui opera.

L'invalidità totale e permanente deve essere conseguenza di ogni singolo infortunio sopravvenuto, indipendenti dalla volontà dell'Assicurato, intervenuti successivamente alla data di conclusione o di riattivazione del contratto, oggettivamente accertabili e constatabili.

Si intende "permanente" una invalidità che dura per un periodo di almeno sei mesi consecutivi, e che dopo tale periodo non abbia alcuna speranza di miglioramento.

I postumi residuati da ogni singolo evento non possono essere cumulabili fra di loro.

OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL RISCHIO

Articolo 11 RISCHIO ASSICURATO

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento della propria attività professionale e di ogni altra normale attività che egli compia senza carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia e sono considerati infortuni, gli eventi derivanti da:

- imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che le persone assicurate non vi abbiano preso parte attiva;

subiti per:

- aggressioni, scippi, rapine, sequestro anche tentato;

sofferti in:

- stato di malore od incoscienza;

dovuti a:

- asfissia o soffocamento non di origine morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- lesioni provocate da improvviso contatto con corrosivi;
- morsi di animali, punture di insetti o di aracnidi, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
- annegamento, assideramento, congelamento, folgorazione, colpi di sole o di calore od altre influenze termiche e/o atmosferiche.

Articolo 12 SERVIZIO MILITARE

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

Articolo 13 RISCHIO VOLO

La garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo turistici o di trasferimento, in qualità di passeggero su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, tranne quelli effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali per esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio).

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

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

- quale cumulo per persona assicurata, l'importo di Euro 258.228,45;
- quale cumulo per aeromobile Euro 1.032.913,80.

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

Articolo 14 ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO

La garanzia si intende estesa alle ernie traumatiche o da sforzo, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa ha effetto dalla data di entrata in vigore del contratto sempre che da documentazione medica risulti che l'Assicurato non è portatore di tali infermità. In mancanza di detta documentazione la garanzia sarà invece operante dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, non verrà corrisposta alcuna indennità;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10%, della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 26 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale

Articolo 15 RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

Premesso che non rientrano nella copertura assicurativa le malattie preesistenti alla data di effetto della polizza, salvo che l'Assicurato non ne fosse a conoscenza, nonché gli interventi conseguenti ad infortuni occorsi prima della data di effetto della polizza, sono esclusi dall'assicurazione i seguenti casi e le loro conseguenze:

- a) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- b) malattie e infortuni dovuti a tentato suicidio e autolesionismo, forme maniaco-depressive ivi compresi comportamenti nevrotici, atti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, abuso di alcolici o psicofarmaci, uso di droghe, allucinogeni, stupefacenti;
- c) infortuni derivanti:
 - dalla pratica di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, rugby, football americano, immersione con autorespiratore;
 - dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
 - dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani e ultraleggeri) salvo quanto disposto dall'Art. 13 – Rischio volo, Sezione 4 - Garanzie Supplementari;
 - da sport praticati professionalmente;
 - dalla pratica di sport estremi quali: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, heisnow, jet ski, kite surf, torrentismo, snowrafting, skeleton (slittino) bobsleigh (motoslitta) e similari;
 - dalla partecipazione a competizioni ippiche, calcistiche, ciclistiche e relative prove, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
 - dalla partecipazione a sport aerei in genere compresi paracadutismo e parapendio;
 - da movimenti tellurici, alluvioni, eruzioni vulcaniche ed altre calamità naturali;
 - da guerra e insurrezioni ed operazioni militari ed atti terroristici;
- d) infortuni derivanti dallo svolgimento delle attività professionali di cui all'elenco che segue. Nel caso in cui l'Assicurato svolga tali attività l'assicurazione è limitata agli infortuni che lo stesso dovesse subire nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale:
 - appartenenti a tutti i Corpi Armati dello Stato (militari o di Polizia), ai Vigili del Fuoco, alla Protezione Civile per i rischi speciali, alle guardie giurate, ai vigili urbani;
 - fabbricanti, manipolatori o venditori di fuochi d'artificio od esplosivi in genere;
 - operatori nel campo dell'energia nucleare;
 - artisti ed attori esposti a rischi particolari (acrobati, domatori, inservienti ed attrezzisti operanti in strutture di spettacolo mobili e simili);
 - collaudatori di auto e motoveicoli;
 - attività che implicano contatto/uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo;
 - addetti a zoo, luna-park e simili;
 - guide alpine;
 - lavori in cave, gallerie, pozzi, miniere e simili nonché alla costruzione o manutenzione di ponti, grattacieli e simili;
 - palombari;
 - boscaioli, taglialegna, tagliapietre;
 - scaricatori di porto;
 - addetti a stazioni di monta equina e taurina;
 - addetti alla manutenzione di impianti per funivie, seggiovie, funicolari e simili;
 - addetti alla posa in opera di cavi o condutture aeree;
- e) malattie, stati patologici, difetti fisici e anomalie congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza, o gli interventi conseguenza di infortuni occorsi prima della stipulazione della polizza;
- f) parto nei primi 10 mesi della copertura assicurativa;
- g) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- h) applicazioni o chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per le forme ricostruttive rese necessario da infortunio, malattia o da interventi demolitivi;
- i) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- j) terapie omeopatiche e fitopatiche, medicina alternativa, terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale o comunque di natura sperimentale;
- k) cure dentarie od ortodontiche e delle parodontopatie, salvo che le stesse siano rese necessarie da neoplasia maligna indennizzabile ai sensi di polizza;
- l) conseguenze dirette od indirette di trasformazioni energetiche dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissioni e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- m) controlli di routine e/o check-up;
- n) stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'HIV e a qualsiasi malattia che abbia relazione con l'HIV;
- o) terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza, nonché procedure ed interventi finalizzati alla fecondità assistita;
- p) chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser a eccimeri, salvo nei casi di:
 - anisometropia superiore a tre diottrie;
 - deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio;
- q) le patologie varicose manifestatesi, secondo giudizio medico, prima della stipulazione della polizza;

- r) ricoveri presso strutture mediche prive delle prescritte autorizzazioni a norma delle leggi vigenti;
- s) ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza;
- t) ricoveri in case di riposo ancorché qualificati Istituti di Cura.
- u) trattamento medico presso case di cura o centri di riabilitazione;
- v) trattamento medico parzialmente in ospedale / in day hospital;
- w) trattamenti di psicoterapia ospedaliera;
- x) stato di invalidità dell'Assicurato pre-esistente alla data di effetto della garanzia.

Articolo 16 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

La diaria giornaliera, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Articolo 17 PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Compagnia, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS), non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'Art. 1898 del C.C. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'Art. 1 e dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del C.C.

LE PRESTAZIONI

Articolo 18 PRESTAZIONI PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

- a) se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale, la Compagnia corrisponde la somma assicurata stabilita in polizza per la prestazione invalidità permanente;
- b) se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata per l'invalidità permanente in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori previsti dalla tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000);
- c) se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera B, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 - nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella tabella richiamata dalla lettera B, le percentuali indicate in detta tabella sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella tabella richiamata dalla lettera B e ai criteri sopra riportati, l'invalidità viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri indicati nella tabella, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- d) la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati nella tabella richiamata dalla lettera B e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%; per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.
- e) in caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Articolo 19 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO DA LIQUIDARE

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a) non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 20%, denominata "Franchigia" per Invalidità Permanente;
- b) se invece l'invalidità permanente accertata risulta superiore al 20%, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente i primi 5 punti percentuali.

A titolo esemplificativo riportiamo un esempio di calcolo:

Pacchetto HIGH	Somma assicurata € 250.000
Grado di invalidità	22%
Percentuale da applicare per calcolare la prestazione da liquidare	Grado di invalidità 20% - i primi 5 punti percentuali = 17%
Prestazione da liquidare	Somma assicurata € 250.000 x percentuale per il calcolo 17% = € 42.500

Articolo 20 INNALZAMENTO AL 100% PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

L'invalidità permanente accertata in base alle condizioni tutte di polizza, di grado pari o superiore al 50% (cinquanta per cento) è considerata invalidità permanente totale (100%).

Articolo 21 SOMMA ASSICURATA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Le somme assicurate per la prestazione invalidità permanente da infortunio sono:

- pacchetto ENTRY Euro 100.000,00
- pacchetto MEDIUM Euro 150.000,00
- pacchetto HIGH Euro 250.000,00

- Premio -

A fronte della prestazione per invalidità permanente da infortunio è corrisposto un premio, al lordo di tasse di:

Premio ANNUO

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	103,00	103,00
MEDIUM	145,00	145,00
HIGH	228,00	228,00

Premio TRIMESTRALE

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	26,00	26,00
MEDIUM	36,00	36,00
HIGH	57,00	57,00

Premio SEMESTRALE

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	52,00	52,00
MEDIUM	72,00	72,00
HIGH	114,00	114,00

Premio MENSILE

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	9,00	9,00
MEDIUM	12,00	12,00
HIGH	19,00	19,00

Articolo 22 PRESTAZIONE DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

In caso di ricovero in Istituto di cura conseguente ad infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia corrisponde all'Assicurato una diaria da ricovero pari ad:

- pacchetto ENTRY Euro 50,00
- pacchetto MEDIUM Euro 100,00
- pacchetto HIGH Euro 150,00

per la durata massima di 180 giorni.

La determinazione del periodo di degenza terrà conto di una franchigia relativa pari a 7 giorni per i quali la Compagnia non erogherà alcuna diaria. Dall'ottavo giorno l'erogazione della diaria sarà effettuata senza alcuna franchigia.

- Premio -

A fronte della prestazione diaria da ricovero a seguito di infortunio o malattia è corrisposto un premio, al lordo di tasse di:

Premio ANNUO

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	135,00	111,00
MEDIUM	240,00	192,00
HIGH	344,00	273,00

Premio TRIMESTRALE

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	34,00	28,00
MEDIUM	60,00	48,00
HIGH	86,00	68,00

Premio SEMESTRALE

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	68,00	56,00
MEDIUM	120,00	96,00
HIGH	172,00	136,00

Premio MENSILE

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	11,00	9,00
MEDIUM	20,00	16,00
HIGH	29,00	23,00

Articolo 23 PRESTAZIONE DIARIA DA GESSO

Se in conseguenza di infortunio o malattia all'Assicurato viene applicato apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno equivalente, la Compagnia liquida l'indennità giornaliera di 50 € per giorno con un massimo di 30 giorni per anno assicurato. Tale garanzia non opera in concomitanza con la garanzia di diaria da ricovero, cioè non viene erogata alcuna diaria nel caso di applicazione apparecchio gessato durante il periodo di ricovero.

- Premio -

A fronte della prestazione diaria da gesso a seguito di infortunio o malattia è corrisposto un premio, al lordo di tasse di:

Premio ANNUO

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	49,00	49,00
MEDIUM	49,00	49,00
HIGH	49,00	49,00

Premio TRIMESTRALE

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	12,00	12,00
MEDIUM	12,00	12,00
HIGH	12,00	12,00

Premio SEMESTRALE

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	25,00	25,00
MEDIUM	25,00	25,00
HIGH	25,00	25,00

Premio MENSILE

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	4,00	4,00
MEDIUM	4,00	4,00
HIGH	4,00	4,00

La Compagnia offre le garanzie Invalidità Permanente da Infortunio, Diaria da Ricovero e Diaria da Gesso in tre pacchetti denominati ENTRY, MEDIUM, HIGH e determina che tali garanzie non possano essere vendute singolarmente. L'Investitore-Contraente avrà la facoltà di scegliere il pacchetto a Lui più confacente.

Il costo lordo totale di ogni singolo pacchetto è:

Premio ANNUO

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	287,00	263,00
MEDIUM	434,00	386,00
HIGH	621,00	550,00

Premio TRIMESTRALE

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	72,00	66,00
MEDIUM	108,00	96,00
HIGH	155,00	137,00

Premio SEMESTRALE

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	145,00	133,00
MEDIUM	217,00	193,00
HIGH	311,00	275,00

Premio MENSILE

Pacchetto	Maschio (in Euro)	Femmina (in Euro)
ENTRY	24,00	22,00
MEDIUM	36,00	32,00
HIGH	52,00	46,00

Qualora l'Investitore-Contraente dovesse scegliere di abbinare alla polizza base uno dei tre pacchetti relativi alle garanzie supplementari, il premio annuo minimo da versare per la polizza base in aggiunta al pacchetto è di:

- € 1200,00 in caso di scelta del pacchetto ENTRY;
- € 1500,00 in caso di scelta del pacchetto MEDIUM;
- € 1800,00 in caso di scelta del pacchetto HIGH.

I premi relativi a questi pacchetti dovranno essere versati secondo quanto previsto dall'Art. 5 - Pagamento del premio, delle Condizioni Generali di Assicurazione ed il frazionamento seguirà quello della polizza base ad essa collegati.

Articolo 24 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 18 - Prestazione invalidità permanente da infortunio, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

Articolo 25 DENUNCIA DI SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro 10 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. 1913 del C.C..

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

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

L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del C.C.

Articolo 26 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO - PERIZIA CONTRATTUALE

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sulla durata della diaria giornaliera, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dal precedente Art. 24 - Criteri di indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio medico. 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.

» data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Articolo 27 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

27.1 La Compagnia provvederà ad effettuare i pagamenti dovuti ai sensi di polizza, entro il giorno 15 del mese successivo a quello in cui la Compagnia avrà ricevuto la relativa richiesta dell'avente diritto, effettuati tutti gli accertamenti del caso ed ottenuti i documenti di cui sotto.

Sarà onere del Beneficiario inviare alla Compagnia la richiesta tramite raccomandata A.R. allegando:

in caso di invalidità permanente da infortunio

• certificato del medico curante che riporti in modo particolareggiato la descrizione delle cause che hanno prodotto l'invalidità;
in caso di diaria da ricovero

• a dimissione avvenuta, la certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero;

in caso di diaria da gesso

• certificazione medica attestante l'avvenuta apposizione e l'avvenuta rimozione del gesso o del tutore immobilizzante;
• nel caso di rottura del bacino, del femore, della colonna vertebrale, o di frattura completa della costola è necessario presentare anche radiografie e referti.

27.2 In caso di mancato pagamento entro il termine di cui al precedente paragrafo 7.1, saranno altresì dovuti dalla Compagnia gli interessi di mora al tasso legale dal giorno successivo alla scadenza del termine alla data di pagamento.

Articolo 28 PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 2952 del C.C. i diritti derivanti dalle presenti garanzie supplementari sono soggette a prescrizione di un anno che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere.

Articolo 29 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Investitore-Contraente o la Compagnia possono recedere dall'assicurazione con preavviso di trenta giorni.

In ogni caso di recesso esercitato dalla Compagnia, quest'ultima, entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Articolo 30 DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ALLEGATO 1

Importo minimo dei premi della POLIZZA BASE

Senza Garanzie Supplementari

Premio ANNUO	€ 600,00
Premio UNICO	€ 5.000,00
Premio UNICO AGGIUNTIVO	€ 1.000,00

Con Garanzie Supplementari (concesse solo su polizze a premio annuo)

Pacchetto ENTRY	€ 1.200,00
Pacchetto MEDIUM	€ 1.500,00
Pacchetto HIGH	€ 1.800,00

ALLEGATO 2

Penalità in caso di riscatto totale

Polizze a premio annuo

Fino al termine della	Penalità di riscatto
1 ^a annualità	95%
2 ^a annualità	90%
3 ^a annualità	85%
4 ^a annualità	75%
5 ^a annualità	50%
6 ^a annualità	25%
7 ^a annualità	10%
8 ^a annualità	5%
a partire dalla 9 ^a annualità	0%

Polizze a premio unico e premio unico aggiuntivo

Fino al termine della	Penalità di riscatto
1 ^a annualità	5%
2 ^a annualità	4%
3 ^a annualità	3%
4 ^a annualità	2%
5 ^a annualità	1%
a partire dalla 6 ^a annualità	0%

Penalità in caso di riscatto parziale

Polizze a premio annuo

Annualità durante la quale si esercita il riscatto parziale	Penalità di riscatto
6 ^a annualità	25%
7 ^a annualità	10%
8 ^a annualità	5%
a partire dalla 9 ^a annualità	0%

Polizze a premio unico e nelle polizze a premio unico aggiuntivo

Annualità durante la quale si esercita il riscatto parziale	Penalità di riscatto
1 ^a annualità	5%
2 ^a annualità	4%
3 ^a annualità	3%
4 ^a annualità	2%
5 ^a annualità	1%
a partire dalla 6 ^a annualità	0%

ALLEGATO 3

Caratteristiche tecniche

<ul style="list-style-type: none"> • POLIZZA BASE • PRESTAZIONE PRINCIPALE CASO MORTE 	Polizze a premio annuo	Polizze a premio unico
Contraente: età minima di entrata	18	18
1^ Assicurato: età minima e massima di entrata	Min. 0 – Max 70	Min. 0 – Max 70
2^ Assicurato: età minima e massima di entrata	Min. 18 – Max 70	Garanzia non prevista
Durata minima pagamento premi	5	-----

<ul style="list-style-type: none"> • MORTE PER INFORTUNIO • MORTE PER INFORTUNIO A SEGUITO DI INCIDENTE STRADALE 	Polizze a premio annuo
1^ Assicurato: età minima e massima di entrata	Min. 18 – Max 72
2^ Assicurato: età minima e massima di entrata	Garanzia non prevista

ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INCAPACITA' AL GUADAGNO PER INVALIDITA'	Polizze a premio annuo
1^ Assicurato: età minima e massima di entrata	Min. 18 – Max 60
2^ Assicurato: età minima e massima di entrata	Garanzia non prevista

<ul style="list-style-type: none"> • INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO • DIARIA DA RICOVERO • DIARA DA GESSO 	Polizze a premio annuo
Contraente: età minima di entrata	18
1^ Assicurato: età minima e massima di entrata	Min. 18 – Max 57
2^ Assicurato: età minima e massima di entrata	Garanzia non prevista

ALLEGATO 4

Festività in Lussemburgo diverse dalle festività italiane

23 febbraio

Ascensione

Lunedì dopo la Pentecoste

23 giugno – Festa nazionale

2 novembre

ALLEGATO 5

Tassi annuali inerenti alla copertura caso morte

Età	Uomini	Donne	Età
0	0,008790	0,006910	0
1	0,000454	0,000443	1
2	0,000333	0,000302	2
3	0,000252	0,000222	3
4	0,000212	0,000181	4
5	0,000202	0,000151	5
6	0,000202	0,000131	6
7	0,000202	0,000131	7
8	0,000192	0,000111	8
9	0,000192	0,000121	9
10	0,000182	0,000131	10
11	0,000172	0,000141	11
12	0,000212	0,000151	12
13	0,000253	0,000172	13
14	0,000374	0,000192	14
15	0,000547	0,000222	15
16	0,000739	0,000252	16
17	0,000882	0,000283	17
18	0,000984	0,000293	18
19	0,001046	0,000313	19
20	0,001078	0,000313	20
21	0,001130	0,000303	21
22	0,001182	0,000293	22
23	0,001193	0,000314	23
24	0,001205	0,000334	24
25	0,001258	0,000385	25
26	0,001300	0,000415	26
27	0,001363	0,000446	27
28	0,001437	0,000466	28
29	0,001511	0,000497	29
30	0,001544	0,000528	30
31	0,001588	0,000548	31
32	0,001570	0,000569	32
33	0,001531	0,000590	33
34	0,001513	0,000600	34
35	0,001504	0,000631	35
36	0,001496	0,000672	36
37	0,001530	0,000723	37
38	0,001605	0,000775	38
39	0,001649	0,000837	39
40	0,001746	0,000889	40

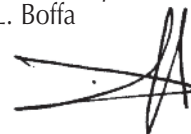
Tassi annuali inerenti alla copertura caso morte

Età	Uomini	Donne	Età
41	0,001886	0,000971	41
42	0,002068	0,001054	42
43	0,002251	0,001178	43
44	0,002477	0,001292	44
45	0,002694	0,001427	45
46	0,003020	0,001594	46
47	0,003464	0,001802	47
48	0,003850	0,001971	48
49	0,004229	0,002130	49
50	0,004580	0,002269	50
51	0,004968	0,002461	51
52	0,005481	0,002696	52
53	0,006177	0,002996	53
54	0,006897	0,003277	54
55	0,007774	0,003571	55
56	0,008682	0,003921	56
57	0,009680	0,004339	57
58	0,010807	0,004794	58
59	0,012062	0,005276	59
60	0,013405	0,005734	60
61	0,014859	0,006263	61
62	0,016422	0,006890	62
63	0,018118	0,007649	63
64	0,019987	0,008502	64
65	0,022036	0,009453	65
66	0,024198	0,010464	66
67	0,026280	0,011573	67
68	0,028593	0,012994	68
69	0,031030	0,014596	69
70	0,034232	0,016476	70
71	0,036986	0,018372	71
72	0,040300	0,020427	72
73	0,043755	0,022700	73
74	0,047872	0,025539	74
75	0,052624	0,028895	75

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

L'impresa di assicurazione ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A. con Sede Legale in Goldbell 1, 5, Rue Eugène Ruppert, L-2453 Lussemburgo e Sede Secondaria in Italia, con la quale sarà concluso il contratto, in Via Russoli 5, 20143 Milano, è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenuti nelle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

Il Rappresentante Generale per l'Italia
Franco L. Boffa



CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE PER I FONDI GARANTITI DWS FLEXPENSION

Nelle seguenti Condizioni Speciali si è voluta prendere in considerazione la natura dei fondi garantiti Flex-Pension e di seguito verranno spiegate nel dettaglio le caratteristiche principali di questi fondi.

Queste Condizioni Speciali hanno validità e sostituiscono le Condizioni Generali di Assicurazione e le Condizioni di cui alla Sezione 1 - Prestazione Principale nel caso il cliente decida di investire totalmente o parzialmente in un fondo FlexPension.

1. Oggetto e funzionamento della garanzia

Garanzia della quotazione più elevata. La garanzia viene prestata dalla DWS Investment S.A. - Lussemburgo e si esplica nel diritto di avere a scadenza, come valore minimo di liquidazione, il valore di acquisto della quota stessa. Qualora il valore attuale della quota rispetto al prezzo di acquisto è, o sia stato, più elevato in uno o più giorni di riferimento, viene garantito il più elevato di questi valori. Tale garanzia vale per ogni quota di un fondo garantito DWS FlexPension, indipendentemente dal fatto che il fondo garantito in questione abbia raggiunto la quotazione più elevata prima o dopo l'acquisto della quota. Il valore attuale di un giorno può essere temporaneamente inferiore al suo prezzo di acquisto. Dicasi giorni di riferimento il primo giorno lavorativo di ogni mese e, nel mese di dicembre, il sesto giorno lavorativo prima della fine del mese. Per giorno lavorativo si considera quello inerente alla borsa tedesca di Francoforte.

La garanzia della quotazione più elevata viene riconosciuta alla scadenza naturale del Fondo Flex-Pension di riferimento nel contratto assicurativo di ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A. denominato "Cento% tu". Tale fondo viene determinato alla data di inizio del periodo di flessibilità: sarà l'ultimo FlexPension con scadenza precedente a tale data. Nel periodo intercorrente la data scadenza di tale FlexPension e l'inizio del periodo di flessibilità, salvo diverse comunicazione da parte dell'Investitore-Contraente, verrà investito l'importo in un fondo monetario. Per i premi annui, se non indicato diversamente, l'inizio del periodo di flessibilità è il termine del periodo di accumulo (periodo di pagamento dei premi) mentre per i premi unici è la data indicata dal cliente nell'apposito spazio al momento della sottoscrizione del modulo di proposta.

2. Possibili variazioni dovute a cambiamenti della legislazione inerente alla tassazione

Nel caso di cambiamenti della legislazione tedesca sulla tassazione di fondi come DWS FlexPension durante la durata del fondo di riferimento, la garanzia subirà gli eventuali effetti dovuti a tale variazione di tassazione.

3. Garante

Ciascuno dei fondi garantiti DWS FlexPension gode della garanzia della quotazione più elevata riconosciuta alla scadenza. Detta garanzia è prestata dalla DWS Investment S.A. con sede in 2, Boulevard Konrad Adenauer - 1115 Lussemburgo. La Società ASPECTA non si assume in nessun momento la responsabilità derivante da detta garanzia.

4. Funzionamento investimento in DWS FlexPension

Premi unici. La parte di premio al netto dei caricamenti viene investita nel fondo corrispondente alla data di inizio del periodo di flessibilità. Se alla data del versamento non corrisponde alcun fondo DWS Flex-Pension l'importo viene investito nel fondo di maggior durata che abbia la data di scadenza inferiore o uguale all'inizio del periodo di flessibilità. Se l'inizio del periodo di flessibilità è successivo alla scadenza del DWS FlexPension viene effettuato uno switch automatico alla nascita di ogni DWS FlexPension fino ad arrivare al momento in cui il fondo avrà una scadenza inferiore o uguale alla data di decorrenza del periodo di flessibilità. Tali switch sono gratuiti e automatici e verranno effettuati direttamente dalla Compagnia. Nel caso in cui la DWS Investment S.A. tre mesi prima dell'emissione di un nuovo fondo preveda che la parte azionaria del nuovo fondo DWS FlexPension sia inferiore al 50% del totale della massa gestita può non emettere un fondo che mantenga il livello di garanzia del/i fondi precedenti. In questo caso non verrà effettuato lo switch di cui sopra e gli investimenti rimarranno nel fondo precedente fino alla scadenza naturale del FlexPension precedente stesso oppure fino al momento in cui non esista un DWS FlexPension di durata successiva che garantisca un uguale o superiore livello di garanzia. Solo in quel momento verrà effettuato lo switch.

Premi annui. La parte di premio al netto dei caricamenti viene investita nel fondo corrispondente alla data di inizio del periodo di flessibilità. Se alla data del versamento non corrisponde alcun fondo DWS Flex-Pension l'importo viene investito nel fondo di maggior durata che abbia la data di scadenza inferiore o uguale all'inizio del periodo di flessibilità. Se l'inizio del periodo di flessibilità è successivo alla scadenza del DWS FlexPension viene effettuato uno switch automatico alla nascita di ogni DWS FlexPension fino ad arrivare al momento in cui il fondo avrà una scadenza inferiore o uguale alla data di decorrenza del periodo di flessibilità. Tali switch sono gratuiti e automatici e verranno effettuati direttamente dalla Compagnia. Nel caso in cui la DWS Investment S.A. tre mesi prima dell'emissione di un nuovo fondo preveda che la parte azionaria del nuovo fondo DWS FlexPension sia inferiore al 50% del totale della massa gestita può non emettere un fondo che mantenga il livello di garanzia del/i fondi precedenti.

Tali investimenti rimarranno nel fondo precedente fino alla scadenza naturale del fondo precedente stesso oppure fino al momento in cui non esista un DWS FlexPension di durata successiva ma con uguale o superiore livello di garanzia. Solo in quel momento verrà effettuato lo switch. Questo ha validità solamente per l'ammontare già investito. I premi successivamente versati seguono sempre la regola di essere investiti nel DWS FlexPension corrispondente alla data di inizio del periodo di flessibilità.

Se alla data del versamento non corrisponde alcun fondo DWS FlexPension l'importo viene investito nel fondo di maggior durata che abbia la data di scadenza inferiore o uguale all'inizio del periodo di flessibilità.

Nel momento in cui la DWS Investment S.A. decidesse di dover liquidare un fondo oppure decidesse che non fosse possibile

investire ulteriormente in questo Fondo, la Compagnia si impegna ad informare il cliente tramite raccomandata a.r. e ricercherà un fondo sostitutivo. Qualora non fosse possibile stabilire un fondo sostitutivo adeguato, ASPECTA si riserva la possibilità di investire in parte o completamente i premi e/o il patrimonio già esistente in polizza, in una Gestione Separata. Questo si adotterà anche per i versamenti dei premi annui successivi salvo diverse disposizioni da parte del cliente.

5. Switch fra DWS FlexPension e altri fondi de "Cento% tu"

Gli switch fra i fondi DWS FlexPension e gli altri fondi de "Cento% tu" seguono le regole prefissate dalle Condizioni Generali di Assicurazione. La data di riferimento della liquidazione del DWS FlexPension sarà il sesto giorno lavorativo antecedente alla fine del mese del mercato borsistico tedesco di Francoforte. La data di acquisto sarà l'ultimo giorno del mese. Per questa ragione le richieste inerenti il DWS FlexPension in deroga alle Condizioni Generali di Assicurazione dovranno pervenire presso la Compagnia in forma scritta entro e non oltre il 15 del mese precedente.

6. Restituzione anticipata delle quote di fondi garantiti

La restituzione anticipata di quote di un fondo garantito DWS FlexPension (per esempio a causa di switch, in caso di morte oppure di riscatto totale e parziale) è generalmente possibile seguendo le normale regole determinate nelle Condizioni Generali di Assicurazione.

8. Valuta

Le prestazioni che risultano dall'investimento del fondo garantito DWS FlexPension verranno liquidate esclusivamente in Euro. Una restituzione in titoli non può essere richiesta.

9. Informativa

Ulteriori informazioni possono essere richieste ad ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A. oppure direttamente alla DWS Investment S.A..

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

L'impresa di assicurazione ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A. con Sede Legale in Goldbell 1, 5, Rue Eugène Ruppert, L-2453 Lussemburgo e Sede Secondaria in Italia, con la quale sarà concluso il contratto, in Via Russoli 5, 20143 Milano, è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenuti nelle presenti Condizioni Speciali di Assicurazione.

Il Rappresentante Generale per l'Italia
Franco L. Boffa



REGOLAMENTO DEL FONDO INTERNO "SEVEN STARS INVEST"

Denominazione del fondo interno

SEVEN STARS INVEST

Data costituzione

30 Aprile 2004

Gestione del fondo interno

La gestione del fondo interno è curata da ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A (di seguito la Compagnia).

- Sede legale della Compagnia: Goldbell 1 - 5, Rue Eugène Ruppert, L-2453 Lussemburgo

- Iscrizione nel registro delle imprese di Lussemburgo con il n. B 73.935

Descrizione del «SEVEN STARS INVEST»

Aspetti generali

La Compagnia ha costituito un fondo interno, un cosiddetto «fondo interno», denominato «SEVEN STARS INVEST» suddiviso in quote a cui vengono collegate le prestazioni della polizza "Cento% tu".

La valuta in cui è denominato il fondo interno è l'EURO.

Il fondo interno investe gli attivi in quote di OICVM (Organismi di Investimento Collettivo in Valori Mobiliari) con prevalente componente azionaria, secondo una strategia di diversificazione del rischio tra quote di OICVM, di seguito denominati «Fondi di destinazione». I fondi di destinazione sono dei fondi d'investimento che soddisfano le condizioni richieste dalla Direttiva 85/611/CEE come modificata dalla Direttiva 88/220/CEE e sono disponibili per persone fisiche e giuridiche. La Compagnia, seleziona, impegna, e controlla i gestori esterni d'investimento. Il fondo interno è del tipo «ad accumulazione di proventi»; ne consegue che i proventi degli investimenti non sono distribuiti agli Investitori-Contraenti, ma vengono reinvestiti nel patrimonio del fondo interno.

I fondi di destinazione sono affidati a una pluralità di gestori specializzati in stili di gestione differenti e complementari fra loro, così da offrire un ulteriore livello di diversificazione utile a ridurre la rischiosità degli investimenti. Un compito particolare della Compagnia consiste, nell'ambito della caratteristica di investimento delineata, nel ricercare dei fondi di destinazione che nel passato hanno avuto una performance straordinaria e nell'assegnare i mandati di gestione per un periodo determinato. Per tali fondi di performance straordinaria si intende una selezione di fondi di destinazione che hanno ottenuto un incremento di valore continuo con una volatilità bassa (misurata alle variazioni dei redditi mensili).

Strategia e obiettivi d'investimento del «SEVEN STARS INVEST»

Il fondo interno di fondi Seven Stars Invest investe in fondi d'investimento azionari. In tal senso, la quota di fondi azionari può raggiungere il 100% del capitale del fondo interno. La Compagnia di gestione seleziona i fondi target in cui investire il capitale degli assicurati secondo dei criteri prestabiliti. Si tratta di fondi d'investimento azionari che negli ultimi 25 anni (con riferimento alla data di edizione del fondo interno di fondi) e per un periodo minimo di 20 anni hanno avuto una performance minima del 777 per cento. L'obiettivo del fondo interno di fondi è di raggiungere in un periodo di 20 anni una performance minima del 777% sebbene sia impossibile fornire garanzie, in particolare a causa degli sviluppi imprevedibili dei mercati dei capitali mondiali. Il fondo interno di fondi si compone di almeno cinque diversi fondi azionari.

Nel corso del contratto d'assicurazione, è possibile sia cambiare fondi che inserire nuovi fondi azionari. Ciò potrebbe rivelarsi in particolar modo necessario quando i criteri indicati in precedenza non vengono più soddisfatti. A seconda delle aspettative di mercato, è anche possibile investire in fondi monetari per motivi di timing.

Per ottenere un alto grado di diversificazione dei rischi, i diversi fondi presentano differenti priorità d'investimento. Particolare attenzione viene dedicata a livello regionale alle aree più industrializzate (America del Nord, Europa e Giappone); inoltre, i fondi internazionali possono investire anche in paesi emergenti. Vengono selezionati principalmente fondi d'investimento ad ampio respiro, per i quali non vi sono restrizioni d'investimento specifiche di settore. In caso di azioni, si tratta sia di valori standard ("Value Stocks") che di aziende in crescita ("Growth Stocks"). Siccome il fondo interno investe esclusivamente in fondi azionari, il rischio di tale investimento è a carico dell'Investitore-Contraente. Infatti, il valore del fondo interno potrà svilupparsi in parallelo ai mercati azionari mondiali, nei quali investono i diversi fondi di destinazione, dunque in maniera positiva ma anche in maniera negativa, come è tipico di un portafoglio unicamente investito in azioni.

Il profilo di rischio è alto.

Qualora Morgan Stanley modifichi la composizione del benchmark in termini di mercati di quotazione, le stesse modifiche si intenderanno applicate alla composizione mondiale di cui al presente contratto.

Contabilità del fondo interno

Il fondo interno costituisce patrimonio autonomo e separato dalle altre attività della Compagnia, nonché da ogni altro fondo da essa gestito. Il fondo interno è sottoposto a verifica contabile annuale da parte di una Compagnia di Revisione che accerta la rispondenza della gestione del fondo interno al presente Regolamento ed il valore unitario della quota alla fine dell'esercizio.

La contabilità separata del «SEVEN STARS INVEST » è depositata presso la Compagnia ed ivi consultabile.

Informazioni in corso di contratto

L'Investitore-Contraente potrà richiedere e ricevere gratuitamente, ogni anno, insieme con la comunicazione riguardante il valore raggiunto dalle prestazioni della polizza una versione aggiornata delle suddette informazioni sul fondo interno.

Valutazione del patrimonio del fondo interno e calcolo del valore della quota

Il valore complessivo del fondo interno è suddiviso in quote tutte di uguale valore e con uguali diritti. Il valore unitario della quota viene determinato ogni giorno lavorativo dividendo il valore complessivo del fondo interno per il numero di quote partecipanti al fondo interno in quel momento.

Solo nel caso in cui le Borse Valori siano chiuse nei giorni lavorativi oppure sopravvengano straordinari eventi che provochino imprevedibili e rilevanti turbative dei mercati tali da impedire la determinazione del valore della quota, anche nell'interesse dell'Investitore-Contraente, si farà riferimento al primo giorno successivo nel quale risulterà possibile effettuare la predetta determinazione.

Pubblicazione del valore unitario delle quote

Il valore unitario delle quote del fondo è pubblicato quotidianamente su «Finanza Mercati».

Spese

È a carico del fondo interno una commissione di gestione, nella misura TRIMESTRALE dello 0,50%, pari ad un 2% annuo. Inoltre si evidenzia che commissioni di intermediazione ed altri costi connessi con la compravendita usuali sul mercato finanziario devono essere corrisposti al gestore del fondo interno su ciascuna compravendita di quote del fondo interno.

Tali costi, dedotti prima che il premio venga investito nel fondo interno, sono pari al 4% del premio stesso.

Commissioni di gestione dei Fondi di destinazione

Le commissioni di gestione dei Fondi di destinazione non incidono sulla parte del premio riservata all'investimento, ma unicamente sul rendimento.

Il valore che viene pubblicato delle quote inerenti ai Fondi di destinazione sono già al netto di tali commissioni e quindi il valore delle quote appartenenti al fondo interno "SEVEN STARS INVEST" sono già al netto di qualsiasi ulteriore costo. Il costo massimo di commissione di gestione di un Fondo di destinazione è di 1,5%.

Modifiche regolamentari

La Compagnia, al fine di perseguire gli interessi degli Investitori-Contraenti e dando loro adeguata informazione, si riserva la facoltà di modificare i criteri di investimento del fondo interno e gli oneri a carico di ciascun fondo per giustificati motivi, consentendo in alternativa la prosecuzione del contratto a nuove condizioni, ovvero il riscatto della polizza. Al riguardo, devono intendersi per «giustificati motivi», la sopravvenienza di disposizioni legislative e/o regolamentari o di provvedimenti, circolari o disposizioni in genere delle autorità preposte e i mutamenti di criteri gestionali con l'esclusione di quelli meno favorevoli all'Assicurato. Nel caso verrà data apposita comunicazione all'Investitore-Contraente, indicando il motivo che ha determinato le modifiche.

Rendiconto annuale della gestione

La Compagnia redige ogni anno un rendiconto della gestione sull'andamento del fondo interno "SEVEN STARS INVEST". Tale rendiconto è a disposizione degli Investitori-Contraenti e conservato presso la Compagnia.

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.L. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Ai sensi del D.L. 196 del 30 Giugno 2003 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e cheformeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento

- a) è diretto all'espletamento da parte di ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A. delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la ASPECTA è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte di ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A. delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della ASPECTA stessa nonché per monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti dalla Compagnia ed effettuare indagini di mercato.

2. Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate dalla Legge: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto, interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione, distruzione; sicurezza, protezione, comprese accessibilità, confidenzialità, integrità, tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare nonché da Compagnia di servizi, in qualità di responsabili esterni o di titolari in conto proprio del trattamento (la lista dei soggetti di cui sopra è disponibile presso il Titolare).

3. Conferimento dei dati

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso ovvero per monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti dalla Compagnia ed effettuare indagini di mercato.

4. Rifiuto di conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere le attività ivi indicate.

5. Comunicazione dei dati

- a) i dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, Banche e SIM); legali, periti; Compagnia di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché Compagnia di servizi informatici, di archiviazione o di postalizzazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni);
- b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a Società del gruppo di appartenenza (Società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) ed a società esterne di servizi di postalizzazione o di ricerche di mercato.

6. Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea.

8. Diritti dell'interessato

L'art. 7 della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la modifica o, se vi è interesse, l'integrazione

ASPECTA dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso ancorché pertinente allo scopo della raccolta; di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano, previsto ai fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale; tale diritto è esercitabile gratuitamente.

9. Titolare e responsabile del trattamento

Titolare del trattamento è la ASPECTA Assurance International S.A. con sede in Goldbell 1, 5, Rue Eugène Ruppert, L-2453 Lussemburgo.

Responsabile è il Legale Rappresentante pro tempore e Rappresentante Generale per l'Italia di ASPECTA Assurance International Luxembourg S.A.. L'interessato, per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per ricevere informazioni più dettagliate sui trattamenti e/o sui soggetti o le categorie di soggetti che vengono a conoscenza dei dati o ai quali i dati sono comunicati, si potrà rivolgere al Titolare tramite richiesta scritta da inviare all'Ufficio Marketing e Sviluppo Prodotti al seguente indirizzo: Via Russoli 5, 20143 Milano, tel. 02.99292100 fax 02.99292121, indirizzo mail: italia@aspecta.it.