

**PIANO
PERFETTO**

È un prodotto della

**Linea
PREVEDO**



La polizza vita
che pensa a tutto.

ERGO
Previdenza

ERGO
Assicurazioni

INDICE

GRUPPO ERGO	PAG.	3
PIANO ASSICURATIVO "PIANO PERFETTO"	PAG.	5
DESCRIZIONE	PAG.	6
PIANO VITA	PAG.	9
DISCIPLINA DEL CONTRATTO E DEFINIZIONI	PAG.	10
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	PAG.	11
CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE	PAG.	16
CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE	PAG.	19
CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE DELLA RENDITA DI OPZIONE	PAG.	21
ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE CONTRO GLI INFORTUNI	PAG.	22
ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE ESONERO DAL PAGAMENTO		
PREMI IN CASO DI INVALIDITA'	PAG.	24
CONDIZIONI SPECIALI DI CARENZA	PAG.	27
REGOLAMENTO DEL FONDO ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO	PAG.	28
INDICAZIONI GENERALI RELATIVE AL REGIME FISCALE APPLICABILE	PAG.	30
NOTA INFORMATIVA - PIANO VITA	PAG.	33
PREMESSA	PAG.	34
A - INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETA'	PAG.	34
B - INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO	PAG.	34
C - INFORMAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO	PAG.	44
SCHEMA DI PROGETTO ESEMPLIFICATIVO	PAG.	45
PIANO DANNI	PAG.	49
DISCIPLINA DEL CONTRATTO E DEFINIZIONI	PAG.	50
NORME GENERALI DI ASSICURAZIONE	PAG.	51
NORME CHE REGOLANO: L'INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO, LA DIARIA DA RICOVERO O INGESSATURA, IL RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	PAG.	53
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	PAG.	58
NORME COMUNI	PAG.	61
NOTA INFORMATIVA - PIANO DANNI	PAG.	63
A - INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETA'	PAG.	64
B - INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO	PAG.	64
ALLEGATI	PAG.	67
EP 002	RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE POLIZZA	
EP 003	RICHIESTA DI VARIAZIONE POLIZZA	
EP 004	RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE	
EP 009	PRIVACY INFORMATICA	
EP 015	COORDINATE BANCARIE	

GRUPPO ERGO

LA QUALITÀ TEDESCA PER UNA MIGLIORE QUALITÀ DI VITA

L'esperienza di una delle maggiori holding assicurative tedesche e l'attenzione sempre nuova per le esigenze del mercato italiano: ecco spiegata la forza di un gruppo integrato che offre servizi assicurativi, previdenziali e finanziari di livello europeo.

ERGO significa la ricerca continua di soluzioni innovative per rispondere in modo efficace e concreto alle richieste di protezione globale, oggi e domani.

ERGO significa la capacità di ascoltare e interpretare le esigenze di sicurezza di ogni singolo Assicurato risolvendo problemi specifici con efficienza e precisione.

Controllato da Munich Re, leader mondiale della riassicurazione, ERGO occupa, con 25 milioni di Clienti in Europa e attività in 23 Paesi, il secondo posto nel mercato assicurativo diretto tedesco.

ERGO è presente in Italia con ERGO Previdenza e ERGO Assicurazioni.

Due Compagnie che si distinguono per l'alto livello di affidabilità, la qualità del servizio e la gamma di prodotti orientati alla persona.

PIANO PERFETTO

PIANO PERFETTO

RISPOSTE PRECISE PER ESSERE TRANQUILLI E SERENI NEGLI ANNI

“PIANO PERFETTO” è un progetto che permette di pensare al futuro con ottimismo, perché ha una risposta precisa per ogni evenienza, anche per quanto riguarda le conseguenze di infortuni o malattie.

“PIANO PERFETTO” garantisce, alla sua scadenza, la disponibilità, in un’unica soluzione, dell’intero capitale rivalutato; oppure una rendita rivalutabile per tutta la vita, da affiancare alla pensione.

Nel caso di accertata invalidità dell’Assicurato, “PIANO PERFETTO” mantiene inalterate le Garanzie previste nell’ambito vita, senza che debbano essere più corrisposti i relativi premi, in quanto la Società stessa provvede alla corresponsione delle annualità assicurative mancanti alla scadenza del differimento.

Inoltre, se l’Assicurato venisse a mancare durante il periodo contrattuale, “PIANO PERFETTO” riconoscerà al Beneficiario un capitale immediato, esente da qualsiasi imposta di successione.

PIANO PERFETTO

PIANO VITA

ASSICURAZIONE MISTA
A PREMIO ANNUO
CON RIVALUTAZIONE ANNUA
DEL CAPITALE E DEL PREMIO

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE
CONTRO GLI INFORTUNI

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE
DI ESONERO PAGAMENTO
PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ

PIANO DANNI

ASSICURAZIONE PER L’INVALIDITÀ
PERMANENTE DA INFORTUNIO

ASSICURAZIONE PER IL RIMBORSO
DELLE SPESE DI CURA
DA INFORTUNIO E
ASSICURAZIONE PER LA DIARIA DA
RICOVERO DA INFORTUNIO

ASSICURAZIONE PER LA DIARIA DA
INGESSATURA DA INFORTUNIO

ASSICURAZIONE PER L’INVALIDITÀ
PERMANENTE DA MALATTIA

ASSICURAZIONE PER LA DIARIA DA
RICOVERO DA MALATTIA

PIANO PERFETTO

PIANO VITA

DISCIPLINA DEL CONTRATTO E DEFINIZIONI

A) DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il contratto, oltre che dalle norme legislative in materia, è disciplinato dalle:

CONDIZIONI GENERALI di assicurazione sulla vita.

CONDIZIONI SPECIALI di questa polizza.

Le condizioni e le tariffe delle assicurazioni sulla vita sono formulate nel rispetto delle leggi e normative vigenti.

B) DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

ASSICURATO: la persona sulla cui vita è stipulato il contratto.

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione.

BENEFICIARI: coloro ai quali spettano le somme assicurate.

CONTRAENTE: chi stipula la polizza con la Società.

OPZIONE: possibilità riservata al Contraente di convertire al termine del contratto vita la prestazione in una rendita.

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO: importo dovuto dal Contraente alla Società.

PREMIO NETTO: importo dovuto dal Contraente alla Società al netto dell'imposta di assicurazione per le parti di premio gravate dalla stessa.

RISCATTO: facoltà concessa al Contraente di estinguere la polizza vita prima che sia trascorso il periodo contrattuale pattuito.

RISERVA MATEMATICA: l'importo accantonato dalla Società per far fronte in futuro ai propri obblighi contrattuali.

SOCIETÀ: ERGO Previdenza S.p.A.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla polizza e dagli allegati rilasciati dalla Società stessa.

ART. 2 - ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione entra in vigore ed ha quindi efficacia soltanto dal momento in cui sia stata pagata la prima rata di premio convenuta ed il Contraente abbia ricevuto l'originale di polizza.

Qualora la polizza preveda una data di effetto posteriore rispetto a quella in cui vengono espletate le suddette formalità, l'assicurazione entra in vigore dalla data stessa.

ART. 3 - DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società stessa si riserva:

- di contestare la validità del contratto, ai sensi dell'art. 1892 c.c., quando esiste malafede o colpa grave;
- di recedere dal contratto o, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre la somma da pagare, ai sensi dell'art. 1893 c.c., quando non esiste malafede o colpa grave.

L'inesatta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.

ART. 4 - RISCHIO DI MORTE

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

E' escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- malattie che siano espressione di patologie di origine genetica;
- abuso di alcool e droghe;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- la 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 Società a mezzo raccomandata A/R, in data antecedente all'evento, e che la Società stessa abbia comunicato per iscritto le condizioni per l'accettazione del rischio o le eventuali limitazioni.

In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolata al momento del decesso, ovvero, nel caso di suicidio, il valore di riduzione, se maturato per un importo superiore. Qualora l'Assicurato, pur avendo prodotto il documento di visita medica necessario all'esclusione del periodo di carenza, non abbia allegato gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, rimane convenuto che se il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sette anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. In suo luogo, qualora si tratti di assicurazione diversa da quelle temporanee in caso di morte e risulti al corrente con il pagamento dei premi od abbia acquisito il diritto alla riduzione, sarà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di accessori ed imposte. Resta inteso che, nel caso di riduzione, il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso di morte.

ART. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite, contro quietanze emesse dalla Direzione Generale. Il pagamento potrà avvenire con le seguenti modalità:

- Conto Corrente Postale;
- Bonifico Bancario;
- Rimessa Diretta;

e dovrà essere effettuato presso la sede della Società o presso la sede dell'agenzia cui è assegnata la polizza. La Società si riserva la facoltà di introdurre modalità di pagamento alternative dandone tempestivo avviso al Contraente. A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio. E' ammessa una dilazione di trenta giorni senza oneri di interessi.

Il pagamento del premio, da versare all'atto della sottoscrizione della proposta, dovrà essere effettuato mediante assegno bancario non trasferibile intestato a ERGO Previdenza S.p.A..

ART. 6 - RIATTIVAZIONE

Trascorsi 30 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, negli ulteriori cinque mesi il Contraente ha diritto di riattivare l'assicurazione, pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi legali. La riattivazione può inoltre avvenire entro un ulteriore termine massimo di due anni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, ma solo previa espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società che

può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito ed a proprio insindacabile giudizio.

In ogni caso di riattivazione, l'assicurazione, che nell'intervallo rimane sospesa nei suoi effetti, entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore dal momento in cui è stato pagato l'importo dei premi arretrati e degli interessi ed il Contraente ha ricevuto ed eventualmente sottoscritto la relativa documentazione.

ART. 7 - RISOLUZIONE - RIDUZIONE

Trascorso il termine di cui al precedente articolo, si determina la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti alla Società. Tuttavia, se risultano pagate almeno tre annualità di premio, il contratto rimane in vigore per il valore di riduzione, determinato secondo i criteri di calcolo contenuti nelle Condizioni Speciali e/o secondo i valori riportati nella tabella annessa.

Le assicurazioni temporanee in caso di morte non hanno alcun valore di riduzione, salvo che non sia diversamente previsto dalle Condizioni Speciali.

ART. 8 - RISCATTI - PRESTITI

La Società, su richiesta scritta del Contraente, consente, qualora siano state pagate almeno tre annualità di premio:

- a) la risoluzione del contratto, pagando, come valore di riscatto, l'importo determinato secondo i criteri di calcolo contenuti nelle Condizioni Speciali e/o secondo i valori riportati nella tabella annessa. La risoluzione del contratto ha effetto dalla data della richiesta;
- b) la concessione di prestiti ad interessi, nei limiti del valore di riscatto di cui alla lettera a);
- c) la concessione di prestiti senza interessi, qualora l'Assicurato abbia dovuto sottoporsi ad operazioni di alta chirurgia limitatamente alla somma occorsa per pagare le spese dell'atto operatorio, senza peraltro superare (tenuto conto dei prestiti eventualmente esistenti) il valore di riduzione del capitale assicurato in caso di morte (calcolato secondo l'articolo 7) e purché la polizza sia al corrente col pagamento dei premi;
- d) la concessione di prestiti, nel limite del valore di riscatto di cui alla lettera a), con abbuono degli interessi per la durata di un anno, qualora il relativo importo venga utilizzato per corrispondere all'Erario la tassa di successione eventualmente dovuta dal Contraente a seguito dell'avvenuto decesso di persona di famiglia (il coniuge, i genitori, i figli e i germani).

Le assicurazioni temporanee in caso di morte, le assicurazioni in caso di vita ed in caso di sopravvivenza non hanno valore di riscatto e quindi di prestito, quando non prevedano la restituzione dei premi.

ART. 9 - CESSIONE - PEGNO - VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice. Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di riscatto, recesso e di prestito richiedono l'assenso scritto del creditore o vincolatario.

ART. 10 - BENEFICIARIO

Il Contraente designa il Beneficiario e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- a) dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- b) dopo la morte del Contraente;
- c) dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi, le operazioni di riscatto, di prestito, pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto del Beneficiario. La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Società o contenute in un valido testamento.

ART. 11 - PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

In caso di richiesta di liquidazione per scadenza i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza;
- 2) fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento;
- 3) modello EP 002 - in allegato -;
- 4) indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (ABI, CAB, intestatario del conto e numero di conto corrente);
- 5) per la liquidazione delle rendite, in caso di pagamento della rendita a mezzo bonifico bancario o assegno circolare, la Società dovrà ricevere, a cura dell'avente diritto, a mezzo raccomandata A.R., almeno cinque giorni prima della data di pagamento di ogni singola rata di rendita, idoneo certificato di esistenza in vita dell'Assicurato. Tale documento non sarà più necessario quando il pagamento della rendita avverrà a mezzo assegno di traenza, emesso dalla Società ed intestato all'avente diritto.

In caso di richiesta di liquidazione per riscatto i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza;
- 2) fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento;
- 3) modello EP 002 - in allegato -;
- 4) indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (ABI, CAB, intestatario del conto e numero di conto corrente).

In caso di richiesta di concessione di prestito i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza;
- 2) fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento;
- 3) modello EP 002 - in allegato -;
- 4) indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (ABI, CAB, intestatario del conto e numero di conto corrente);

In caso di richiesta di liquidazione per Sinistro - Denuncia di Morte i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza;
- 2) certificato di morte dell'Assicurato su cui sia indicata anche la data di nascita;
- 3) modello EP 009 (legge 675/96) - in allegato - sottoscritto da tutti i Beneficiari;
- 4) atto notorio in copia autentica oppure dichiarazione sostitutiva, rilasciata ai sensi della Legge n. 15 del 04.01.1968 dalla quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento e nella quale siano indicati gli eredi legittimi (nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto intestato, copia del testamento);
- 5) dati anagrafico/fiscali dei Beneficiari;
- 6) nel caso in cui tra i Beneficiari del contratto fossero presenti soggetti minorenni o incapaci verrà richiesta (determinate correttamente le somme da liquidare, ed in particolare la parte delle stesse spettante a predetti soggetti) copia autentica del Decreto del giudice tutelare, con il quale si dispone della quota destinata ai Beneficiari minorenni o incapaci;
- 7) indicazione degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (ABI, CAB, intestatario del conto e numero di conto corrente).

Se il decesso è conseguente a malattia, alla Società necessita ricevere:

- relazione del medico curante da redigersi sul modulo modello EP 004 in allegato;
- cartella clinica riportante la data di insorgenza della patologia che ha determinato il decesso;
- referto autoptico.

Se il decesso è avvenuto per infortunio od incidente stradale, occorrono:

- 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, nonché estratto del registro degli atti penali recante l'indicazione dell'ipotesi di reato per la quale sia stato richiesto il rinvio a giudizio.

In caso di richiesta di esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente - Denuncia di invalidità:

- certificato del medico curante che riporti in modo particolareggiato la descrizione delle cause che hanno prodotto l'invalidità.

Potrà inoltre essere richiesta documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario eventualmente ritenuta necessaria dalla Società per propria insindacabile valutazione in relazione alle cause del sinistro.

Verificatasi la risoluzione del contratto, la Società effettua il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

Ogni pagamento viene effettuato presso la Sede o la competente Agenzia della Società.

ART. 12 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, a scelta della parte attrice, è esclusivamente competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente.

CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - RIVALUTAZIONE ANNUA DEL CAPITALE E DEL PREMIO

Ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto, il capitale assicurato ed il premio annuo, in vigore nel periodo annuale precedente, verranno rivalutati nella misura e secondo le modalità contenute nella "Clausola di Rivalutazione".

La rivalutazione del capitale verrà effettuata con le stesse modalità anche alla scadenza del contratto.

ART. 2 - PRESTAZIONI

Il capitale assicurato, rivalutato come stabilito al precedente articolo, viene garantito sia in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, sia in caso di sua morte anteriormente a tale data. Il Contraente, sempre che l'Assicurato sia in vita, pagherà per il periodo di durata contrattuale il premio annuo anticipato convenuto alla stipula.

ART. 3 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha ricevuto l'accettazione scritta della Società o il documento originale di polizza e produce i propri effetti dalla data di decorrenza pattuita, sempre che sia stato effettuato il versamento relativo alla prima rata di premio.

ART. 4 - REVOCA DELLA PROPOSTA

Fino a quando il contratto non è concluso il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta, mediante comunicazione scritta da inviarsi, tramite raccomandata A.R., a ERGO Previdenza S.p.A. - Via Pampuri, 13 - 20141 Milano.

In tal caso, la Società rimborserà entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta il premio eventualmente corrisposto

ART. 5 - RECESSO DAL CONTRATTO - DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Entro 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso il Contraente può recedere dallo stesso, secondo le modalità di cui al precedente articolo, allegando alla comunicazione di recesso l'originale di polizza e le eventuali appendici. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle imposte, per la parte gravata dalle stesse, e delle spese di emissione del contratto nella misura del 2% del premio annuo netto con un massimo di € 51,65.

La notifica di recesso libera le parti da qualunque obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dal giorno di spedizione della lettera raccomandata di cui sopra.

ART. 6 - RIDUZIONE

In caso di mancato pagamento del premio e sempre che siano state corrisposte almeno tre annualità di premio, qualora la durata contrattuale non sia inferiore a 5 anni, od almeno due annualità di premio, qualora la durata del contratto sia inferiore a 5 anni, l'assicurazione resta in vigore, libera da ulteriori premi per il capitale ridotto successivamente defini-

to, pagabile alla scadenza del contratto sia in caso di vita dell'Assicurato a tale data che in caso di sua morte anteriormente.

Il capitale ridotto si determina moltiplicando il capitale, quale risulta rivalutato all'anniversario che precede la data di scadenza della prima rata di premio non pagata, per il rapporto tra il numero dei premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni di premio annuo, ed il numero dei premi annui pattuiti e scontando il risultato così ottenuto per il periodo di tempo che intercorre tra la data di sospensione del pagamento dei premi e la scadenza del contratto.

Il tasso di interesse, ai fini dello sconto, è del 2%, qualora siano state corrisposte almeno 5 annualità di premio e del 2,75%, qualora il numero delle annualità di premio sia inferiore a 5. Qualora siano state corrisposte almeno cinque annualità di premio, il capitale ridotto verrà rivalutato nella misura prevista al punto A) della Clausola di Rivalutazione ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto che coincida o sia successivo alla data di sospensione del pagamento dei premi. Qualora invece siano state corrisposte meno di cinque annualità di premio, il capitale ridotto verrà rivalutato nella misura prevista al punto A) della Clausola di Rivalutazione a partire dal quinto anniversario della data di decorrenza del contratto.

ART. 7 - RISCOATTO

Dopo il pagamento di almeno tre annualità di premio, qualora la durata del contratto non sia inferiore a cinque anni, o di almeno due annualità di premio, qualora la durata del contratto sia inferiore a cinque anni, il contratto, su esplicita richiesta del Contraente, è riscattabile.

Il valore di riscatto si ottiene scontando il capitale ridotto per il periodo di tempo che intercorre tra la data di richiesta del riscatto e quella di scadenza del contratto. Il tasso annuo di interesse è dello 0,75% qualunque sia il periodo di tempo intercorso dalla data di decorrenza del contratto.

ART. 8 - RIATTIVAZIONE

In deroga allo specifico articolo delle Condizioni Generali di Polizza, l'assicurazione, risolta o ridotta per il mancato pagamento dei premi dopo che siano trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza, può essere riattivata entro un anno dalla scadenza della prima rata di premio rimasta insoluta.

La riattivazione viene condizionata al pagamento di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi calcolati sulla base del saggio annuo di riattivazione nonché in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione. Per saggio annuo di riattivazione si intende il saggio che si ottiene sommando tre punti alla misura percentuale della rivalutazione applicata alla polizza all'inizio dell'anno assicurativo al quale ciascuna rata arretrata si riferisce, con un minimo del saggio legale di interesse e con un massimo pari al tasso usurario. La riattivazione del contratto, risoluto o ridotto per mancato pagamento dei premi, effettuata nei termini di cui ai comma precedenti, ripristina le prestazioni assicurate ai valori contrattuali che si sarebbero ottenuti qualora non si fosse verificata l'in-

terruzione del pagamento dei premi, fatto salvo, in ogni caso, quanto disposto dalle Condizioni Generali in ordine alla validità delle garanzie assicurative.

ART. 9 - OPZIONE DI RENDITA

Su richiesta del Contraente, da effettuarsi entro la scadenza contrattuale, il capitale rivalutato, pagabile in caso di sopravvivenza dell'Assicurato a tale epoca, potrà essere convertito in una delle seguenti forme:

a) una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile vita natural durante dell'Assicurato o in alternativa del Beneficiario designato alla data di esercizio dell'opzione;

oppure

b) una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile in modo certo nei primi cinque o dieci anni e, successivamente, finché l'Assicurato o la persona designata al percepimento della rendita saranno in vita;

oppure

c) una rendita annua vitalizia rivalutabile su due teste, quella dell'Assicurato (o del primo Beneficiario) e quella di altra persona designata, reversibile totalmente o parzialmente sulla testa superstite.

L'ammontare della rendita erogabile verrà determinato in base all'età ed al sesso dei beneficiari designati. La rendita annua vitalizia di opzione verrà rivalutata ad ogni successivo anniversario nella misura stabilita al punto A) della specifica Clausola di Rivalutazione e non potrà essere riscattata durante il periodo di godimento.

I coefficienti per la conversione del capitale assicurato a scadenza in una delle rendite di opzione sopra indicate saranno quelli in vigore al momento dell'esercizio del diritto di opzione e saranno comunicati a richiesta del Contraente.

CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE

La presente polizza fa parte di una speciale categoria di assicurazioni sulla vita alle quali la Società riconoscerà una rivalutazione delle prestazioni assicurate nella misura e secondo le modalità appresso indicate. A tal fine la Società gestirà, secondo quanto previsto dal Regolamento Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO" attività di importo non inferiore alle relative riserve matematiche.

A) MISURA DELLA RIVALUTAZIONE

La Società dichiara entro la fine del terzo mese antecedente quello in cui cade l'anniversario della data di decorrenza del contratto, il rendimento annuo da attribuire alla polizza. Tale valore si ottiene moltiplicando il rendimento di cui al punto 5 del regolamento della gestione speciale Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO", per l'aliquota di partecipazione fissata di anno in anno. L'aliquota non risulterà inferiore all'80%. Il rendimento della gestione speciale Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO" è quello realizzato nei dodici mesi che precedono l'inizio del terzo mese antecedente quello nel quale cade l'anniversario considerato. Qualora la differenza fra il rendimento della gestione e quello da attribuire al contratto determinato in base alla suddetta aliquota risulti inferiore allo 0,80%, il rendimento da attribuire al contratto verrà determinato sottraendo, dal rendimento della gestione, la predetta aliquota dello 0,80%. Qualora tale valore risulti negativo, il rendimento da attribuire sarà pari a zero.

La misura annua di rivalutazione è uguale al rendimento annuo attribuito.

B) MODALITÀ DELLA RIVALUTAZIONE

Ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza, il contratto in pieno vigore verrà rivalutato mediante aumento, a totale carico della Società, della riserva matematica costituitasi a tale epoca. Tale aumento viene determinato secondo la misura di rivalutazione fissata a norma del punto A), entro la fine del terzo mese antecedente quello in cui cade l'anniversario suddetto.

Da tale anniversario il capitale assicurato verrà rivalutato nella stessa misura e quindi il contratto stesso sarà considerato come sottoscritto sin dall'origine per i nuovi importi assicurati. Ne consegue, in particolare, che ciascuna rivalutazione verrà applicata alle garanzie in vigore, comprensive di quelle derivanti da eventuali precedenti rivalutazioni. Gli aumenti del capitale assicurato verranno comunicati al Contraente in coincidenza dei singoli anniversari della data di decorrenza del contratto. Tali aumenti di capitale si applicano anche ai contratti con prestazioni ridotte, purché siano trascorsi almeno 5 anni dalla data di decorrenza della polizza.

C) RIVALUTAZIONE DEL PREMIO

A fronte della rivalutazione del capitale assicurato, il premio dovuto all'anniversario di cui al precedente punto B), determinato in base all'età ed alla durata contrattuale fissate alla decorrenza, verrà aumentato nella stessa misura di rivalutazione del capitale di cui al punto A).

CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE DELLA RENDITA DI OPZIONE

D) LIMITAZIONE O RIFIUTO DELLA RIVALUTAZIONE DEL PREMIO

Il Contraente ha facoltà ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza e con preavviso scritto di almeno tre mesi, di chiedere che la rivalutazione del premio venga effettuata in misura inferiore a quella fissata al precedente punto A) oppure che non venga effettuata. La limitazione o il rifiuto della rivalutazione del premio non pregiudica il diritto del Contraente di accettare successive rivalutazioni in misura completa o limitata. Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di limitare la rivalutazione del premio in scadenza ad un anniversario della data di decorrenza del contratto, il capitale assicurato nell'anno precedente verrà rivalutato in base alla misura limitata di rivalutazione del premio. Se, peraltro, l'anniversario considerato cade dopo almeno cinque anni dalla data di decorrenza del contratto, verrà riconosciuta una ulteriore maggiorazione del capitale a titolo di rivalutazione uguale alla somma dei seguenti due importi:

- un primo importo che si ottiene moltiplicando il capitale iniziale riproporzionato, come appresso definito, per la differenza fra la misura annua di rivalutazione di cui al punto A) e quella limitata di rivalutazione del premio e riducendo il prodotto nel rapporto fra il numero di anni trascorsi dalla data di decorrenza del contratto ed il numero degli anni di durata contrattuale;
- un secondo importo che si ottiene moltiplicando il capitale in vigore nel periodo annuale precedente diminuito del capitale iniziale riproporzionato per la differenza fra la misura annua di rivalutazione di cui al punto A) e quella limitata di rivalutazione del premio.

Per capitale iniziale riproporzionato si intende il prodotto del capitale inizialmente assicurato per il rapporto fra l'ammontare del premio annuo netto dovuto nell'ultimo anno che precede l'anniversario considerato ed il premio annuo netto dovuto nel primo anno di assicurazione. Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di rifiutare totalmente la rivalutazione del premio in scadenza ad un anniversario della data di decorrenza del contratto che cada dopo almeno cinque anni da tale decorrenza, il capitale assicurato nell'anno precedente verrà rivalutato aggiungendo allo stesso:

1. un importo ottenuto moltiplicando il capitale iniziale riproporzionato, come sopra definito, per la misura annua di rivalutazione, stabilita a norma del punto A), e riducendo il prodotto nel rapporto tra il numero degli anni trascorsi dalla data di decorrenza ed il numero degli anni di durata contrattuale;
2. un ulteriore importo ottenuto moltiplicando la differenza fra il capitale assicurato nel periodo annuale precedente ed il capitale iniziale riproporzionato, per la misura della rivalutazione di cui al punto A).

Qualora, infine, il Contraente si avvalga della facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio ad un anniversario della decorrenza del contratto anteriore al quinto non si farà luogo ad alcuna rivalutazione del capitale assicurato, sino al quinto anniversario.

La presente polizza fa parte di una speciale categoria di assicurazioni sulla vita alle quali la Società riconoscerà una rivalutazione delle prestazioni assicurate nella misura e secondo le modalità appresso indicate. A tal fine la Società gestirà, secondo quanto previsto dal Regolamento Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO" attività di importo non inferiore alle relative riserve matematiche.

A) MISURA DELLA RIVALUTAZIONE

La Società dichiara entro la fine del terzo mese antecedente quello in cui cade l'anniversario della data di decorrenza del contratto, il rendimento annuo da attribuire alla polizza. Tale valore si ottiene moltiplicando il rendimento di cui al punto 5 del regolamento della gestione speciale Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO", per l'aliquota di partecipazione fissata di anno in anno. L'aliquota non risulterà inferiore all'80%.

Il rendimento della gestione speciale Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO" è quello realizzato nei dodici mesi che precedono l'inizio del terzo mese antecedente quello nel quale cade l'anniversario considerato.

Qualora la differenza fra il rendimento della gestione e quello da attribuire al contratto determinato in base alla suddetta aliquota risulti inferiore allo 0,80%, il rendimento da attribuire al contratto verrà determinato sottraendo, dal rendimento della gestione, la predetta aliquota dello 0,80%. Qualora tale valore risulti negativo, il rendimento da attribuire sarà uguale a zero.

La misura annua di rivalutazione sarà uguale al rendimento attribuito, diminuito dell'eventuale tasso tecnico della tariffa in vigore alla data dell'esercizio dell'opzione, già considerato nel calcolo della rendita iniziale, scontato per un anno al tasso tecnico predetto.

B) MODALITÀ DI RIVALUTAZIONE DELLA RENDITA ASSICURATIVA

Ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto, successiva alla data di conversione, la rendita assicurata alla ricorrenza precedente verrà rivalutata sulla base della misura di rivalutazione fissata, a norma del precedente punto A), entro la fine del terzo mese antecedente quello in cui cade l'anniversario suddetto.

Ciascuna rivalutazione verrà applicata alle garanzie in essere, comprensive di quelle derivanti da eventuali precedenti rivalutazioni.

L'aumento della rendita garantita viene comunicato al Contraente in coincidenza dei singoli anniversari della data di decorrenza del contratto.

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE CONTRO GLI INFORTUNI

ART. 1 - OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ

Gli obblighi della Società decorrono:

- a) dal momento del perfezionamento della polizza vita, quando la garanzia complementare contro gli infortuni viene emessa contemporaneamente alla stessa;
- b) dal momento del perfezionamento dell'Appendice contemplante la garanzia complementare contro gli infortuni, quando essa viene emessa in tempi successivi all'emissione della polizza vita.

ART. 2 - DEFINIZIONI DI INFORTUNIO

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali, obiettivamente constatabili, che siano causa diretta ed esclusiva della morte dell'Assicurato.

ART. 3 - LIQUIDAZIONE DELLA SOMMA ASSICURATA

La somma assicurata viene corrisposta per l'evento mortale che si verifichi non oltre un anno dalla data dell'infortunio, purché questo ne sia causa diretta ed esclusiva e sull'esito letale non abbiano influito condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio.

ART. 4 - RISCHI ESCLUSI E CONDIZIONATI

L'assicurazione rimane sospesa durante il servizio militare di leva, l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti:

- dalla 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 Società a mezzo raccomandata A/R, in data antecedente all'evento, e che la Società stessa abbia comunicato per iscritto le condizioni per l'accettazione del rischio o le eventuali limitazioni
- da uso di aerei sia a motore che a vela ad eccezione di voli effettuati dall'Assicurato in qualità di passeggero su aeromobili, compresi gli elicotteri, da trasporto pubblico di imprese di linee aeree regolari anche durante i viaggi straordinari e speciali. In ogni caso la garanzia è operativa sino a concorrenza della somma assicurata purché non superi l'importo di € 206.582,76; qualora vengano eventualmente ad accumularsi per lo stesso Assicurato più assicurazioni complementari contro gli infortuni, la garanzia per il rischio volo vale soltanto se l'ammontare complessivo precedentemente assicurato non ha raggiunto il limite massimo di € 206.582,76 e per l'importo che completa tale somma;
- da guerre, insurrezioni, tumulti popolari, occupazione militare, invasione. Sono peraltro compresi nell'assicurazione gli infortuni causati da aggressioni e violenze subite

dall'Assicurato per motivi di carattere politico, anche se compiute da gruppi di individui durante manifestazioni, purché l'Assicurato non abbia preso parte alle stesse;

- da uragani, trombe d'aria, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, influenze termiche ed atmosferiche; sono peraltro compresi nell'assicurazione gli infortuni causati dalla caduta del fulmine;
- da stato di ubriachezza, malore od incoscienza da qualunque causa determinati, da proprie provocazioni, risse, duelli, azioni delittuose, da ingestione o assorbimento di sostanze nocive;
- da affezioni interne ed esterne conseguenti ad emanazioni radioattive (radiodermatiti, necrosi, malattia del sangue), da conseguenza di operazioni chirurgiche e da trattamenti non resi necessari da infortunio;
- dalle conseguenze dirette od indirette della trasmutazione dell'atomo come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

ART. 5 - DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia al diritto di surroga di cui all'art. 1916 del Codice Civile.

ART. 6 - RECESSIONE

L'assicurazione complementare si intende rescissa quando sull'assicurazione principale cessa, per qualsivoglia motivo, la corresponsione dei premi.

ART. 7 - RINVIO ALLE CONDIZIONI GENERALI

Per quanto non risulta previsto dalle presenti Condizioni Speciali, valgono le Condizioni Generali di polizza.

CLAUSOLA PARTICOLARE

PER LA GARANZIA SUPPLEMENTARE

"RADDOPPIO PER INFORTUNI AUTOMOBILISTICI"

Si conviene che, qualora l'Assicurato si trovi a bordo di veicoli o di mezzi circolanti su rotaie e l'infortunio sia conseguenza diretta ed immediata di una collisione accidentale con altro veicolo, urto contro ostacoli fissi e mobili, ribaltamento o uscita di strada, verrà liquidato un capitale doppio di quello previsto dall'assicurazione complementare contro gli infortuni.

ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE

ESONERO DAL PAGAMENTO PREMI

IN CASO DI INVALIDITÀ

ART. 1 - PRESTAZIONI

Se l'Assicurato, durante il periodo contrattuale ma non oltre il compimento del 65° anno di età, diviene invalido in modo totale e permanente, secondo quanto in appresso previsto, la Società esonera il Contraente dal pagamento dei premi, relativi alla polizza cui la presente assicurazione complementare si riferisce, scadenti successivamente alla data di accertamento dello stato di invalidità (vedasi successivo art. 7).

ART. 2 - DEFINIZIONI DI INVALIDITÀ TOTALE O PERMANENTE

Per "Invalidità Totale e Permanente" deve intendersi la perdita totale, definitiva e permanente da parte dell'Assicurato della capacità all'esercizio della professione o mestiere dichiarati alla Società o al momento della sottoscrizione della proposta, o nel momento in cui si verificasse una variazione professionale, che deve essere stata comunicata alla Società in data antecedente all'evento, nonché della capacità di svolgere ogni lavoro confacente alle sue attitudini e abitudini; qualora non pervenisse la comunicazione di una eventuale variazione professionale, la Società farà riferimento alla professione dichiarata nella proposta. 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.

ART. 3 - ESCLUSIONI

La Garanzia di cui alla presente assicurazione complementare non è operativa per i casi di invalidità conseguenti:

- a tentato suicidio;
- ad infortunio aereo comunque verificatosi, sia in volo che a terra, dipendente da attività professionale aeronautica, militare o civile, dell'Assicurato;
- a cause di guerra;
- malattie che siano espressione di patologie di origine genetica;
- abuso di alcool e droghe;
- volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche;
- la 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 propo-

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

ART. 4 - DENUNCIA DELL'INVALIDITÀ E OBBLIGHI RELATIVI

In caso di malattia o infortunio, il 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 alla Società entro 60 giorni da quando, secondo parere medico, 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. 13.

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

ART. 5 - RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ

L'invalidità permanente e totale, quando riconosciuta, produce i suoi effetti dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui al precedente articolo. In caso di riconosciuta invalidità dell'Assicurato, questi ed il Contraente, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione complementare, hanno l'obbligo:

- di ragguagliare la Società circa il cambio del luogo di residenza dell'Assicurato;
- di fornire ogni notizia richiesta per accertare il permanere dell'invalidità e di comunicare in ogni caso l'intervenuta cessazione o le immutate condizioni dell'invalidità stessa;
- di consentire che la Società accerti, con medici di propria fiducia, a proprie spese, e non più di una volta all'anno, la persistenza dell'invalidità.

ART. 6 - CONTROVERSIA E COLLEGIO ARBITRALE

Trascorsi 180 giorni e non oltre 360 giorni dalla denuncia dell'evento invalidante, la Società 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. Il Contraente, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione con la quale la Società si è pronunciata sullo stato di invalidità totale e permanente, può avanzare richiesta di "perizia contrattuale" a mezzo lettera raccomandata da inviarsi alla Società. La soluzione di eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze invalidanti del sinistro, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità enunciati in precedenza, è 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

CONDIZIONI SPECIALI DI CARENZA

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. E' 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dai periti nel verbale definitivo.

ART. 7 - PAGAMENTO DEI PREMI

Fino a quando lo stato d'invalidità non sia stato definitivamente accertato, il Contraente deve continuare il pagamento dei premi; in caso contrario verranno applicate le disposizioni delle Condizioni Generali di polizza relative al mancato pagamento dei premi. Accertata l'invalidità e la persistenza di essa, verrà invece restituito l'importo dei premi pagati, scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità.

ART. 8 - CESSAZIONE DELLO STATO DI INVALIDITÀ

Qualora venga accertata la cessazione dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, la Società notifica, con lettera raccomandata, sia al Contraente che all'Assicurato, la revoca dell'esenzione dal pagamento dei premi dalla data di cessazione dell'invalidità. In questo caso il Contraente, anche se ricorre alla decisione del Collegio arbitrale previsto dall'art. 6, è nuovamente tenuto al pagamento dei premi, altrimenti ridiventano applicabili le disposizioni delle Condizioni Generali di polizza relative al mancato pagamento dei premi.

ART. 9 - CESSAZIONE DELLA GARANZIA

In caso di annullamento o liberazione della polizza, la presente assicurazione complementare si estingue ed i premi pagati restano acquisiti alla Società.

ART. 10 - GARANZIE COMPLEMENTARI

Se la polizza prevede anche altre garanzie complementari, tali garanzie cessano nel momento stesso in cui l'Assicurato viene riconosciuto invalido ai sensi delle presenti Condizioni Speciali.

ASSICURAZIONE SENZA VISITA MEDICA

Premesso che l'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, la Società aderisce alla richiesta alla condizione che l'Assicurato si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

Il presente contratto viene assunto senza visita medica e pertanto, a parziale deroga delle Condizioni Generali di polizza, rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi mesi dal perfezionamento della polizza e la polizza stessa sia al corrente col pagamento dei premi, la Società corrisponderà - in luogo del capitale assicurato - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di accessori ed imposte.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti espressamente richiamati nel testo della polizza stessa l'applicazione della suddetta limitazione avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva delle polizze sostituite, a partire dalle rispettive date di perfezionamento.

La Società non applicherà entro i primi sei mesi dal perfezionamento del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia **conseguenza diretta**:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto all'art. 4 delle Condizioni Generali di polizza) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Rimane inoltre convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. In suo luogo, qualora si tratti di assicurazione diversa da quelle temporanee in caso di morte che risulti al corrente con il pagamento dei premi od abbia acquisito il diritto alla riduzione, sarà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di accessori ed imposte.

Resta inteso che, nel caso di riduzione, il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso di morte.

Resta infine convenuto che anche a questa ultima limitazione si applica quanto sopra stabilito qualora la polizza fosse stata emessa in sostituzione di uno o più contratti precedenti.

REGOLAMENTO DEL FONDO ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO

ART. 1

Viene attuata una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, che viene contraddistinta con il nome Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO".

ART. 2

Nel Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO" confluiranno le attività relative alle forme di assicurazione sulla vita che prevedono l'apposita Clausola di Rivalutazione, per un importo non inferiore alle corrispondenti riserve matematiche. La gestione Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO" è conforme alle norme stabilite dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo con la circolare n. 71 del 26/03/1987 e si atterrà ad eventuali successive disposizioni.

A norma dell'Art. 29 comma 1 della D. Lgs. 174 del 17 marzo 1995, la Società potrà investire fino al 10% degli attivi a copertura delle riserve tecniche in azioni e altri valori negoziabili equiparabili ad azioni, buoni, obbligazioni e altri strumenti del mercato monetario e dei capitali di una stessa impresa, sempre che il valore dell'investimento non superi il 20 per cento del capitale sociale della Società emittente.

L'alimento del Fondo avverrà con periodicità mensile, in corrispondenza del giorno 15 del mese di calendario.

ART. 3

La Gestione del Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO" è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di revisione iscritta nell'Albo speciale tenuto dalla Consob ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 31 marzo 1975 n. 136 la quale attesta la corrispondenza del Fondo al presente regolamento.

In particolare, sono certificati la corretta valutazione delle attività attribuite al Fondo, il rendimento annuo del Fondo descritto al successivo art. 4 e l'adeguatezza di ammontare delle attività a fronte degli impegni assunti dalla Società sulla base delle riserve matematiche.

ART. 4

Il rendimento annuo del Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO", per l'esercizio relativo alla certificazione, si ottiene rapportando il risultato finanziario del Fondo di competenza di quell'esercizio al valore medio del Fondo stesso mensilmente rilevato ed acquisito. Il valore medio è dato dalla somma della giacenza media annua dei depositi in numeraio, della consistenza media annua degli investimenti in titoli nonché della consistenza media annua di ogni altra attività del Fondo, determinata in base al costo. La consistenza media annua di ogni altra attività viene determinata in base al valore di iscrizione nel Fondo.

ART. 5

All'inizio di ogni mese viene determinato il rendimento medio della gestione Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO" realizzato nel periodo costituito dai dodici mesi immediatamente precedenti, rapportando il risultato finanziario della stessa al valore medio degli investimenti della gestione Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO".

ART. 6

Per risultato finanziario del Fondo si devono intendere i proventi finanziari di competenza dell'esercizio, compresi gli utili e le perdite di realizzo, di competenza del Fondo, al lordo delle ritenute di acconto fiscali ed al netto delle spese specifiche degli investimenti.

Gli utili e le perdite di realizzo vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel Fondo, e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto dell'iscrizione nel Fondo per i beni già di proprietà della Compagnia.

ART. 7

La Società si riserva di apportare al precedente punto 6 quelle modifiche che si rendessero necessarie a seguito di modifiche della vigente legislazione fiscale.

INDICAZIONI GENERALI RELATIVE AL REGIME FISCALE APPLICABILE

REGIME FISCALE DEI PREMI

I premi dei contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Invece i premi delle assicurazioni complementari per i rischi di danni alla persona sono soggetti all'imposta del 2,5%.

Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente non inferiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, a condizione che l'Assicurato sia lo stesso Contraente o persona fisicamente a suo carico, i premi danno diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato dal Contraente ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. Se solo una componente del premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente, che viene appositamente indicata dalla Società.

L'importo annuo complessivo sul quale calcolare la detrazione non può superare € 1.291,14. Concorrono alla formazione di tale importo anche i premi delle assicurazioni vita o infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione di imposta.

- le somme corrisposte in forma di capitale non sono soggette a tassazione, in quanto il reddito maturato è già stato assoggettato ad imposta;
- le rate di rendita, limitatamente all'importo derivante dai risultati che maturano dopo la data in cui sorge il diritto all'erogazione, costituiscono redditi di capitale soggetti ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi nella misura del 12,5%.

L'imposta sostitutiva viene applicata dalla Società in veste di sostituto di imposta.

REGIME FISCALE DELLE SOMME CORRISPOSTE

Le somme corrisposte in caso di morte o di invalidità permanente, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, anche se erogate in forma di rendita, sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in caso di morte sono anche esenti dall'imposta sulle successioni. Negli altri casi è necessario fare le seguenti distinzioni:

1. *Contratti con prestazione principale in forma di capitale*

- le somme corrisposte in forma di capitale, limitatamente alla parte corrispondente alla differenza tra l'ammontare percepito ed i premi pagati (al netto dell'eventuale componente indicata dalla Società per le coperture di rischio), costituiscono reddito soggetto ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi nella misura del 12,5% e con applicazione di un coefficiente di maggiorazione (equalizzatore) per tenere conto che il reddito si è formato in un periodo pluriennale;
- la stessa imposta sostitutiva si applica al capitale, diminuito dei premi pagati (netti dell'eventuale componente per le coperture di rischio), al momento della sua eventuale conversione in una rendita vitalizia con funzione previdenziale, cioè non riscattabile dopo la data in cui sorge il diritto all'erogazione; le rate di rendita, limitatamente all'importo derivante dai risultati che maturano dopo la data suddetta, costituiscono redditi di capitale soggetti ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi nella misura del 12,5%.

2. *Contratti con prestazione principale in forma di rendita vitalizia avente funzione previdenziale (cioè non riscattabile dopo la data in cui sorge il diritto all'erogazione)*

- fino alla data in cui sorge il diritto all'erogazione della prestazione, sul risultato netto maturato in ciascun anno grava un'imposta sostitutiva delle imposte sui redditi nella misura del 12,5%;

PIANO PERFETTO

NOTA INFORMATIVA
PIANO VITA

PREMESSA

La presente Nota Informativa ha lo scopo di fornire tutte le informazioni preliminari necessarie al Contraente per poter sottoscrivere l'assicurazione prescelta con cognizione di causa e fondatezza di giudizio.

Essa è redatta nel rispetto delle disposizioni impartite dall'ISVAP sulla base delle norme emanate a tutela del consumatore dall'Unione Europea per il settore delle assicurazioni sulla vita e recepite nell'ordinamento italiano con il Decreto Legislativo 17/3/1995, n. 174.

A

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

1. DENOMINAZIONE

ERGO Previdenza S.p.A. - Via Pampuri, 13- 20141 MILANO.

B

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

1. DEFINIZIONE DI CIASCUNA GARANZIA ED OPZIONE

Il contratto qui descritto è suddiviso in due sezioni, rispettivamente denominate "Piano Vita" e "Piano Danni".

La tariffa prevista per il "Piano Vita" è denominata "Mista a premio annuo con rivalutazione annua del capitale e del premio"; essa è costituita da una garanzia principale e da due garanzie complementari.

La garanzia principale consiste nell'impegno della Società di pagare il capitale assicurato alla scadenza del contratto, se l'Assicurato sarà allora in vita, o immediatamente in caso di sua morte prima di tale data.

Le garanzie complementari consistono:

- nella corresponsione immediata di un capitale in caso di morte dell'Assicurato a seguito di infortunio. Tale capitale si raddoppia qualora il decesso sia provocato da infortunio automobilistico;
- nell'esonerare il Contraente dal pagamento dei premi dovuti alle successive scadenze, qualora l'Assicurato sia colpito da invalidità totale e permanente, ferma restando l'operatività della garanzia principale.

Il "Piano Danni" comprende le seguenti garanzie:

- assicurazione per l'invalidità permanente da infortunio;
- assicurazione per il rimborso delle spese di cura da infortunio;

- assicurazione per la diaria da ricovero da infortunio;
- assicurazione per la diaria da ingessatura da infortunio;
- assicurazione per l'invalidità permanente da malattia (opzionale);
- assicurazione per la diaria da ricovero da malattia, parto o aborto terapeutico (opzionale).

N.B. Le garanzie del "Piano Danni" sono prestate dalla Società ERGO Assicurazioni S.p.A. - Via Pampuri, 13 - 20141 Milano.

"PIANO PERFETTO" richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica. E' tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla compilazione di un questionario, ma in tal caso l'efficacia della garanzia risulterà limitata per sei mesi, come specificato nelle "Condizioni speciali di carenza" riportate nel fascicolo Condizioni. Modalità assuntive specifiche sono previste per la garanzia relativa al decesso dovuto ad infezione da H.I.V. (AIDS e patologie collegate), il cui periodo di carenza, in assenza del test H.I.V., varia da cinque anni (in mancanza di visita medica) a sette anni (in presenza di visita medica).

Con la sottoscrizione di questo tipo di contratto si acquisiscono le seguenti garanzie:

- il diritto alla riscossione di un capitale alla scadenza della polizza o immediatamente in caso di morte dell'Assicurato. L'importo del capitale iniziale è indicato quale "capitale assicurato iniziale" nel Progetto Esemplificativo;
- una rivalutazione annuale, sotto forma di maggiorazione del capitale assicurato, per effetto dell'assegnazione di una consistente parte dei redditi finanziari derivanti dalla gestione speciale degli investimenti cui è collegato il contratto, così come previsto dalla Clausola di Rivalutazione;
- la certezza dei risultati via via raggiunti, in quanto le maggiorazioni annuali restano definitivamente acquisite per cui, in ciascun anno, il capitale assicurato può solo aumentare e mai diminuire;
- la possibilità, mediante richiesta da effettuarsi entro la scadenza contrattuale, di convertire il capitale rivalutato, pagabile in caso di sopravvivenza dell'Assicurato a tale epoca, in:
 - una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile vita natural durante dell'Assicurato o in alternativa del Beneficiario designato alla data di esercizio dell'opzione;
oppure
 - una rendita annua vitalizia rivalutabile pagabile in modo certo nei primi cinque o dieci anni e, successivamente, finché l'Assicurato o la persona designata al percepimento della rendita saranno in vita;
oppure
 - una rendita annua vitalizia rivalutabile su due teste, quella dell'Assicurato (o del primo Beneficiario) e quella di altra persona designata, reversibile totalmente o parzialmente sulla testa superstite.

L'ammontare della rendita erogabile verrà determinato in base all'età ed al sesso dei beneficiari designati. La rendita annua vitalizia di opzione verrà rivalutata ad ogni successivo anniversario nella misura stabilita al punto A) della specifica Clausola di Rivalutazione e non potrà essere riscattata durante il periodo di godimento.

I coefficienti per la conversione del capitale assicurato a scadenza in una delle rendite di opzione sopra indicate saranno quelli in vigore al momento dell'esercizio del diritto di opzione e saranno comunicati a richiesta del Contraente.

E' facoltà del Contraente richiedere, prima del termine della durata contrattuale, che la scadenza venga differita automaticamente di anno in anno con conseguente differimento della riscossione del capitale. Il capitale iniziale sarà pari a quello liquidabile alla data originaria di scadenza e verrà rivalutato nella misura e con le modalità previste dall'apposita Clausola di Rivalutazione. In caso di richiesta di riscatto nel corso del differimento, verrà liquidato un importo pari al capitale rivalutato fino alla data di richiesta.

2. CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha ricevuto l'accettazione scritta della Società o il documento originale di polizza e produce i propri effetti dalla data di decorrenza pattuita, sempre che sia stato effettuato il versamento relativo alla prima rata di premio.

3. DURATA DEL CONTRATTO

Per durata si intende l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto, durante il quale sono operanti le garanzie assicurative. La scelta della durata va effettuata in relazione agli obiettivi perseguiti e compatibilmente con l'età dell'Assicurato.

Per questo contratto la durata è prefissata in 10, 15 e 20 anni.

4. MODALITÀ E DURATA DI VERSAMENTO DEI PREMI

A fronte della garanzia del pagamento del capitale assicurato dal contratto e delle eventuali coperture aggiuntive, è dovuto un premio annuo anticipato, di importo rivalutabile, per tutta la durata del contratto e comunque non oltre la morte dell'Assicurato. Il premio può essere corrisposto anche in rate subannuali (frazionamento semestrale o trimestrale). In tali casi la maggiorazione di costo è pari ad un minimo del 3% per rate semestrali e ad un massimo del 4,5% per rate trimestrali. La richiesta dovrà essere effettuata a mezzo raccomandata A/R alla Società almeno 90 giorni prima della ricorrenza annuale della polizza.

Il pagamento del premio, da versare all'atto della sottoscrizione della proposta, dovrà essere effettuato mediante assegno bancario non trasferibile intestato a ERGO Previdenza S.p.A..

Dal secondo anno sarà inoltre possibile corrispondere il premio mediante:

- conto corrente postale;
- bonifico bancario;
- rimessa diretta;

e dovrà essere effettuato presso la sede della Società o presso la sede dell'agenzia cui è assegnata la polizza. La Società si riserva la facoltà di introdurre modalità di pagamento alternative dandone tempestivo avviso al Contraente.

La formula di pagamento del premio descritta ha le caratteristiche di un programma assicurativo rivalutabile che salvaguarda efficacemente il livello delle garanzie assicurate rispetto agli effetti dell'inflazione.

5. INFORMAZIONI SUI PREMI RELATIVI A CIASCUNA GARANZIA, PRINCIPALE O COMPLEMENTARE

L'entità del premio dipende dalla gamma e dal livello delle garanzie previste dal contratto, influiscono inoltre la durata dell'assicurazione, l'età ed il sesso dell'Assicurato, nonché il suo stato di salute e le abitudini di vita (ad es. professione e sports).

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive contestazioni della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento del capitale assicurato.

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

a) quando esiste dolo o colpa grave ha diritto:

- di impugnare il contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o le reticenze;
- di trattenere i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e in ogni caso il premio convenuto per il primo anno;
- di rifiutare il pagamento della somma assicurata, se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine di tre mesi per la denuncia.

b) quando non esiste dolo o colpa grave ha diritto:

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

Questa assicurazione prevede il versamento di un premio annuo rivalutabile, il cui importo cresce ogni anno nella stessa misura percentuale di aumento del capitale assicurato. Ogni anno è possibile limitare o rifiutare la crescita del premio, riducendosi però, in tal caso, la rivalutazione del capitale assicurato e quindi la protezione contro gli effetti della svalutazione monetaria. Per esercitare tale facoltà il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società rispettando i termini di preavviso previsti dal contratto. Salvo quanto pattuito

con la Clausola di Rivalutazione, il premio dovuto non può essere modificato dalla Società nel corso della durata del contratto.

Il Contraente potrà richiedere al Consulente assicurativo chiarimenti in ordine alle garanzie, alle carenze ed agli elementi che concorrono a determinare il premio. A richiesta del Contraente, il Consulente riporterà nella proposta di assicurazione l'indicazione del caricamento e cioè della parte del premio netto dovuto che è trattenuta dalla Società per fare fronte ai costi gravanti sul contratto.

6. MODALITÀ DI CALCOLO E DI ASSEGNAZIONE DELLA PARTECIPAZIONE AGLI UTILI - RIVALUTAZIONE

La presente forma assicurativa è collegata ad una specifica gestione patrimoniale, denominata Fondo "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO", separata dalle altre attività della Società e disciplinata da apposito regolamento riportato nel contratto. Il risultato della gestione è annualmente certificato da una Società di revisione contabile iscritta all'Albo di cui al D.P.R. 136/75 per attestarne la correttezza.

Tale risultato viene annualmente attribuito al contratto a titolo di partecipazione agli utili sotto forma di rivalutazione delle prestazioni per una aliquota di retrocessione non inferiore all'80%. Il beneficio finanziario così attribuito determina la progressiva maggiorazione del capitale per rivalutazione.

Qualora, però, la differenza tra il rendimento della gestione e quello da attribuire al contratto, determinato in base alle suddette aliquote, risulti inferiore allo 0,80%, il rendimento da attribuire al contratto verrà determinato sottraendo dal rendimento della gestione la predetta aliquota dello 0,80%. Qualora tale valore risulti negativo, il rendimento da attribuire sarà pari a zero. La misura annua di rivalutazione sarà pari al rendimento attribuito.

Gli effetti della rivalutazione sono evidenziati nel Progetto allegato, con l'avvertenza che i valori esposti derivano da ipotesi esemplificative dei risultati futuri della gestione, senza quindi tenere conto degli effetti dell'inflazione.

7. MODALITÀ DI SCIoglimento DEL CONTRATTO

E' facoltà del Contraente sospendere il versamento dei premi con i seguenti effetti:

- per i contratti che prevedano una durata contrattuale inferiore a 5 anni: se il numero di annualità corrisposte è inferiore a 2, il contratto si estingue automaticamente con la perdita di quanto già versato;
- per i contratti che prevedano una durata contrattuale maggiore o uguale a 5 anni: se il numero di annualità di premio corrisposte è inferiore a 3, il contratto si estingue automaticamente con la perdita di quanto già versato.

Entro un anno dalla interruzione del versamento premi è comunque consentito richiedere il ripristino della piena efficacia del contratto versando quanto non corrisposto maggiorato di interessi di mora;

- se il numero di annualità di premio corrisposte è almeno pari a 2 o 3 (vedasi paragrafi che precedono), si ha diritto:

- a riscuotere il valore del riscatto determinato in conformità a quanto previsto dalle condizioni contrattuali (facendone richiesta a mezzo lettera raccomandata A.R. alla Sede della Società); in tal caso il contratto si estingue definitivamente;

oppure

- a mantenere in vigore la garanzia principale per un capitale ridotto determinato in conformità a quanto previsto dalle condizioni contrattuali. Anche in questo caso è possibile richiedere successivamente il riscatto dell'assicurazione oppure il ripristino della piena efficacia del contratto, entro un anno dalla sospensione del versamento dei premi.

8. ESECUZIONE DEL CONTRATTO

Per tutti i pagamenti della Società debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

In caso di richiesta di liquidazione per scadenza i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza;
- 2) fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento;
- 3) modello EP 002 - in allegato -;
- 4) indicazioni degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (ABI, CAB, intestatario del conto e numero di conto corrente);
- 5) per la liquidazione delle rendite, in casi di pagamento della rendita a mezzo bonifico bancario o assegno circolare, la Società dovrà ricevere, a cura dell'avente diritto, a mezzo raccomandata A.R., almeno cinque giorni prima della data di pagamento di ogni singola rata di rendita, idoneo certificato di esistenza in vita dell'Assicurato. Tale documento non sarà più necessario quando il pagamento della rendita avverrà a mezzo assegno di traenza, emesso dalla Società ed intestato all'avente diritto.

In caso di richiesta di liquidazione per riscatto i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza;
- 2) fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento;
- 3) modello EP 002 - in allegato -;
- 4) indicazioni degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (ABI, CAB, intestatario del conto e numero di conto corrente).

In caso di richiesta di concessione di prestito i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza;
- 2) fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento
- 3) modello EP 002 - in allegato -;
- 4) indicazioni degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (ABI, CAB, intestatario del conto e numero di conto corrente).

In caso di richiesta di liquidazione per Sinistro - Denuncia di Morte i documenti richiesti sono:

- 1) originale della polizza;
- 2) certificato di morte dell'Assicurato su cui sia indicata anche la data di nascita;
- 3) modello EP 009 (legge 675/96) - in allegato - sottoscritto da tutti i Beneficiari;
- 4) atto notorio in copia autentica oppure dichiarazione sostitutiva, rilasciata ai sensi della Legge n. 15 del 04.01.1968 dalla quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento e nella quale siano indicati gli eredi legittimi (nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto intestato, copia del testamento);
- 5) dati anagrafico/fiscali dei Beneficiari;
- 6) nel caso in cui tra i Beneficiari del contratto fossero presenti soggetti minorenni o incapaci verrà richiesta (determinate correttamente le somme da liquidare, ed in particolare la parte delle stesse spettante a predetti soggetti) copia autentica del Decreto del giudice tutelare, con il quale si dispone della quota destinata ai Beneficiari minorenni o incapaci;
- 7) indicazioni degli estremi del conto corrente bancario su cui effettuare il bonifico (ABI, CAB, intestatario del conto e numero di conto corrente).

Se il decesso è conseguente a malattia, alla Società necessita ricevere:

- relazione del medico curante da redigersi sul modulo modello EP 004 in allegato;
- cartella clinica riportante la data di insorgenza della patologia che ha determinato il decesso;
- referto autoptico.

Se il decesso è avvenuto per infortunio od incidente stradale, occorrono:

- 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, nonché estratto del registro degli atti penali recante l'indicazione dell'ipotesi di reato per la quale sia stato richiesto il rinvio a giudizio.

In caso di richiesta di esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente - Denuncia di invalidità:

- certificato del medico curante che riporti in modo particolareggiato la descrizione delle cause che hanno prodotto l'invalidità.

Potrà inoltre essere richiesta documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario eventualmente ritenuta necessaria dalla Società per propria insindacabile valutazione in relazione alle cause del sinistro.

Verificatasi la risoluzione del contratto, la Società effettua il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore dei Beneficiari.

Ogni pagamento viene effettuato presso la Sede o la competente Agenzia della Società.

9. INDICAZIONE DEI VALORI DI RISCATTO E RIDUZIONE, NONCHÉ DELLA NATURA DELLE RELATIVE GARANZIE

Nel Progetto esemplificativo allegato sono riportati i valori di riscatto e di capitale ridotto determinati, in caso di sospensione del pagamento dei premi, in ciascuno degli anni indicati, con riferimento alle ipotesi ivi considerate.

I valori di riscatto via via maturati in relazione ai premi versati sono calcolati sulla base dell'ipotesi di rendimento indicata.

L'ammontare del capitale ridotto, maturato in relazione ai premi versati ed alla rivalutazione effettivamente verificatasi, resta acquisito in via definitiva e continua a beneficiare annualmente di maggiorazioni per rivalutazione. Tali aumenti di capitale si applicano purché siano trascorsi almeno 5 anni dalla data di decorrenza della polizza.

Va comunque tenuto presente che il risultato ottimale dell'assicurazione si ottiene solo rispettando il piano di versamenti inizialmente stabilito. Infatti, l'interruzione volontaria del pagamento dei premi, in quanto modifica l'equilibrio economico e demografico dell'assicurazione, comporta una riduzione dei risultati sperati, più accentuata nei primi anni di vita del contratto.

Pertanto il Contraente deve con particolare attenzione valutare:

- a) **prima della stipula, l'impegno che sta assumendo, sia in termini di durata del contratto che di entità del premio;**
- b) **le conseguenze generalmente negative che comporta l'interruzione di un contratto in corso, anche se con contestuale stipula di un altro contratto presso la stessa o presso un'altra Società;**
- c) **in alternativa all'interruzione, la possibilità di ottenere dalla Società, purché siano state corrisposte almeno tre annualità di premio, una somma a titolo di prestito.**

10. REVOCA - RECESSO

Fino a quando il contratto non è concluso il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta, mediante comunicazione scritta da inviarsi, tramite raccomandata A.R., a ERGO Previdenza S.p.A. - Via Pampuri, 13 - 20141 Milano. In tal caso, la Società rimborserà entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta il premio eventualmente corrisposto.

Entro 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso il Contraente può recedere dallo stesso, secondo le modalità di cui al precedente paragrafo, allegando alla comunicazione di recesso l'originale di polizza e le eventuali appendici.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto delle imposte, per la parte gravata dalle stesse, e delle spese di emissione del contratto nella misura del 2% del premio annuo netto con un massimo di € 51,65.

La notifica di recesso libera le parti da qualunque obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dal giorno di spedizione della lettera raccomandata di cui sopra.

11. INDICAZIONI GENERALI RELATIVE AL REGIME FISCALE APPLICABILE

Regime fiscale dei premi

I premi dei contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Invece i premi delle assicurazioni complementari per i rischi di danni alla persona sono soggetti all'imposta del 2,5%.

Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente non inferiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, a condizione che l'Assicurato sia lo stesso Contraente o persona fisicamente a suo carico, i premi danno diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato dal Contraente ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.

Se solo una componente del premio di assicurazione è destinata alla copertura dei suddetti rischi, il diritto alla detrazione spetta con riferimento a tale componente, che viene appositamente indicata dalla Società.

L'importo annuo complessivo sul quale calcolare la detrazione non può superare € 1.291,14. Concorrono alla formazione di tale importo anche i premi delle assicurazioni vita o infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001, che conservano il diritto alla detrazione di imposta.

Regime fiscale delle somme corrisposte

Le somme corrisposte in caso di morte o di invalidità permanente, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, anche se erogate in forma di rendita, sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in caso di morte sono anche esenti dall'imposta sulle successioni.

Negli altri casi è necessario fare le seguenti distinzioni:

1. Contratti con prestazione principale in forma di capitale

- Le somme corrisposte in forma di capitale, limitatamente alla parte corrispondente alla differenza tra l'ammontare percepito ed i premi pagati (al netto dell'eventuale componente indicata dalla Società per le coperture di rischio), costituiscono reddito soggetto ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi nella misura del 12,5% e con applicazione di un coefficiente di maggiorazione (equalizzatore) per tenere conto che il reddito si è formato in un periodo pluriennale.
- La stessa imposta sostitutiva si applica al capitale, diminuito dei premi pagati (netti dell'eventuale componente per le coperture di rischio), al momento della sua eventuale conversione in una rendita vitalizia con funzione previdenziale, cioè non riscattabile dopo la data in cui sorge il diritto all'erogazione; le rate di rendita, limitatamente all'importo derivante dai risultati che maturano dopo la data suddetta, costituiscono redditi di capitale soggetti ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi nella misura del 12,5%.

2. Contratti con prestazione principale in forma di rendita vitalizia avente funzione previdenziale (cioè non riscattabile dopo la data in cui sorge il diritto all'erogazione)

- Fino alla data in cui sorge il diritto all'erogazione della prestazione, sul risultato netto maturato in ciascun anno grava un'imposta sostitutiva delle imposte sui redditi nella

misura del 12,5%.

- Le somme corrisposte in forma di capitale non sono soggette a tassazione, in quanto il reddito maturato è già stato assoggettato ad imposta.
- Le rate di rendita, limitatamente all'importo derivante dai risultati che maturano dopo la data in cui sorge il diritto all'erogazione, costituiscono redditi di capitale soggetti ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi nella misura del 12,5%.

L'imposta sostitutiva viene applicata dalla Società in veste di sostituto di imposta.

12. REGOLE RELATIVE ALL'ESAME DEI RECLAMI

Il Contraente può esporre eventuali reclami relativi alle disposizioni contenute nel contratto telefonando a:

Servizio Clienti
Tel. 199.157.157 - Fax 0257442360

o inoltrando comunicazione e-mail al seguente indirizzo:
comunicazioni@ergoitalia.it

o scrivendo a:

ERGO PREVIDENZA S.p.A. - Direzione Vita
Via Pampuri 13 - 20141 Milano.

Il Contraente ha inoltre facoltà di presentare i propri reclami scrivendo a:

ISVAP (Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo),
SEZIONE RECLAMI
Via del Quirinale, 21- 00187 Roma.

13. LEGISLAZIONE APPLICABILE

Al contratto si applica la Legge Italiana. Le parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da applicare, sulla quale comunque prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

14. LINGUA UTILIZZABILE

Il contratto viene redatto in lingua italiana. Le parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da utilizzare.

15. CONTROVERSIE - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, a scelta della parte attrice, è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente.

SCHEMA DI PROGETTO

ESEMPLIFICATIVO

C

INFORMAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO

1. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

La Società comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente qualunque modifica dovesse intervenire nel corso della durata contrattuale.

2. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

La Società fornirà per iscritto al Contraente, nel corso della durata contrattuale, ogni possibile informazione relativamente alla sottoscrizione di clausole aggiuntive intervenute per effetto di modifiche alla legislazione applicabile al contratto.

3. INFORMAZIONI SULLA RIVALUTAZIONE DEL CONTRATTO

Annualmente la Società comunicherà per iscritto al Contraente il livello progressivamente raggiunto dal capitale assicurato e dal premio annuo dovuto per effetto della rivalutazione del contratto, oppure la corrispondente misura di aumento. A richiesta del Contraente, da inoltrare a mezzo lettera raccomandata A.R., la Società fornirà altresì sollecitamente e comunque non oltre 10 giorni dal ricevimento della richiesta, l'informazione relativa al valore di riscatto maturato. Ai fini del ricevimento della comunicazione di cui al presente paragrafo, il Contraente deve comunicare alla Società le variazioni di domicilio che si verificassero nel corso della durata contrattuale.

Le maggiorazioni annuali del capitale nonché i valori di riscatto e di riduzione via via effettivamente raggiunti **sono acquisiti in via definitiva**.

Il capitale ridotto continua a beneficiare annualmente delle maggiorazioni per rivalutazione. Esso può essere anche riscattato successivamente.

Il Contraente ha diritto alla personalizzazione dei prospetti e/o a richiedere chiarimenti all'intermediario in merito a diversi risultati conseguibili in relazione a diverse articolazioni del premio, della durata contrattuale o di altri elementi.

Il Contraente può altresì chiedere di conoscere la parte del premio netto che è trattenuta dalla Società per far fronte ai costi gravanti sul contratto per oneri di acquisto, di incasso e di amministrazione (caricamenti).

Le operazioni di riscatto e di riduzione comportano una penalizzazione economica. Il recupero dei premi versati avviene solo dopo la corresponsione di un certo numero di annualità di premio).

Tutte le comunicazioni relative ai rapporti descritti nella presente Nota Informativa dovranno pervenire a mezzo lettera raccomandata A.R..

Gli sviluppi delle prestazioni rivalutate, dei valori di riscatto e di riduzione successivamente riportati sono calcolati ipotizzando di riconoscere a favore degli Assicurati un risultato finanziario annuo costante del 3,60%. Tale ipotesi finanziaria è stata determinata sulla base del tasso di rendimento lordo del 4,50% (*) indicato dall'ISVAP ed applicando, sulla base delle condizioni contrattualmente previste, l'aliquota di retrocessione dell' 80%, con un minimo trattenuto dello 0,80%.

Preliminarmente, ai fini di una migliore valutazione delle prospettive di risultato finanziario del prodotto offerto, si riproducono nella tabella che segue le rivalutazioni effettivamente riconosciute dalla Società agli Assicurati negli ultimi 5 anni sulla base delle condizioni contrattualmente previste, raffrontati con i rendimenti lordi dei titoli di Stato e i tassi di inflazione riferiti allo stesso periodo.

Anno	Tasso medio di rendimento lordo dei titoli di stato e delle obbligazioni	Inflazione	Rendimento finanziario riconosciuto agli Assicurati
1998	4,86%	1,80%	La gestione viene costituita nell'anno 1999 e pertanto non sono disponibili i tassi di rendimento per gli anni precedenti.
1999	4,50%	1,60%	4,67%
2000	5,57%	2,60%	5,22%
2001	4,93%	2,70%	5,33%
2002	4,67%	2,50%	4,20%

(*) Naturalmente non vi è alcuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni si realizzino effettivamente, non potendosi anticipatamente conoscere i risultati ricavabili dagli investimenti; tantomeno è possibile preventivare il risultato in termini reali (al netto cioè dell'inflazione) conseguibile a scadenza del contratto.

PROGETTI ESEMPLIFICATIVI

IPOTESI DI SVILUPPO DEI PREMI E DELLE PRESTAZIONI

COMPRENDENTI LA COMPLEMENTARE INFORTUNI E LA COMPLEMENTARE DI INVALIDITÀ

IPOTESI DI RENDIMENTO LORDO DEL FONDO "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO" 4,50%

- Sesso dell'Assicurato: maschile
 - Età dell'Assicurato: 40 anni
 - Durata: 20 anni
- Aliquota di retrocessione: 80%
 - Minimo trattenuto: 0,80%
 - Capitale assicurato iniziale: € 20.229,03

Anno	Premi annui lordi	Premi annui lordi al netto della detrazione di imposta del 19%	Capitale assicurato in caso di morte	Capitale rivalutato a scadenza
1	1.250,00	1.217,10	20.229,03	20.229,03
2	1.295,01	1.260,93	20.957,28	20.957,28
3	1.341,62	1.306,31	21.711,74	21.711,74
4	1.389,92	1.353,34	22.493,36	22.493,36
5	1.439,96	1.402,06	23.303,12	23.303,12
6	1.491,79	1.452,53	24.142,03	24.142,03
7	1.545,50	1.504,83	25.011,15	25.011,15
8	1.601,13	1.558,99	25.911,55	25.911,55
9	1.658,78	1.615,12	26.844,36	26.844,36
10	1.718,50	1.673,27	27.810,76	27.810,76
11	1.780,36	1.733,50	28.811,95	28.811,95
12	1.844,45	1.795,91	29.849,18	29.849,18
13	1.910,86	1.860,57	30.923,75	30.923,75
14	1.979,64	1.927,54	32.037,00	32.037,00
15	2.050,91	1.996,94	33.190,34	33.190,34
16	2.124,74	2.068,82	34.385,19	34.385,19
17	2.201,24	2.143,31	35.623,05	35.623,05
18	2.280,48	2.220,46	36.905,48	36.905,48
19	2.362,58	2.300,40	38.234,08	38.234,08
20	2.447,63	2.383,22	39.610,51	39.610,51

Alla scadenza contrattuale (al lordo di oneri fiscali): Capitale minimo garantito a scadenza: € 20.229,03
Capitale assicurato a scadenza nell'ipotesi di rivalutazione sopra indicata (al lordo di oneri fiscali): € 41.036,49
Rendita di opzione: per il calcolo della rendita di opzione saranno adottate le basi tecniche in vigore al momento in cui l'opzione verrà esercitata. Applicando i coefficienti di conversione annualmente in vigore, tale rendita ammonterebbe a € 1.652,12

IPOTESI DI SVILUPPO DEI PREMI VERSATI E DEI VALORI DI RIDUZIONE E DI RISCOATTO

Anni trascorsi	Cumulo premi annui lordi	Cumulo premi annui lordi al netto della detrazione di imposta del 19%	Sospensione del pagamento dei premi		
			Riscatto a fine anno	Capitale ridotto	
				alla fine dell'anno	alla scadenza
1	1.250,00	1.217,10	-	-	-
2	2.545,01	2.478,03	-	-	-
3	3.886,63	3.784,34	1.808,54	2.053,50	3.616,19
4	5.276,55	5.137,68	2.586,15	2.914,57	5.132,53
5	6.716,51	6.539,74	4.008,99	4.484,47	7.622,68
6	8.208,30	7.992,27	5.121,79	5.686,60	9.330,16
7	10.115,81	9.497,10	6.361,70	7.010,66	11.102,89
8	11.851,37	11.056,09	7.740,52	8.466,64	12.942,80
9	13.670,25	12.671,21	9.271,03	10.065,22	14.851,86
10	15.576,44	14.344,48	10.967,06	11.817,92	16.832,11
11	17.574,13	16.077,98	12.843,64	13.737,05	18.885,62
12	19.667,71	17.873,89	14.917,00	15.835,87	21.014,55
13	21.861,78	19.734,46	17.204,76	18.128,59	23.221,08
14	24.161,17	21.662,00	19.725,97	20.630,45	25.507,46
15	26.570,93	23.658,94	22.501,24	23.357,79	27.876,01
16	29.096,36	25.727,76	25.552,90	26.328,16	30.329,10
17	31.743,01	27.871,07	28.905,08	29.560,33	32.869,16
18	34.516,70	30.091,53	32.583,87	33.074,46	35.498,69
19	37.423,52	32.391,93	36.617,51	36.892,14	38.220,26
20	40.469,88	34.775,15	41.036,49	41.036,49	41.036,49

N.B.: Il contraente può chiedere di conoscere la parte del premio che è trattenuta dall'Impresa per far fronte ai costi gravanti sul contratto per oneri di acquisto, di incasso e di amministrazione. Le operazioni di riscatto e di riduzione comportano una penalizzazione economica e pertanto, come si evince dalla tabella sovrastante, il recupero dei premi versati avverrà solo dopo che sia trascorso un certo numero di anni. Questo progetto è stato realizzato in conformità alle disposizioni emanate dall'ISVAP con Circolare n. 506/D del 2003 ad integrazione della Nota Informativa, ipotizzando un rendimento lordo annuo costante del Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" nella misura del 4,50% retrocesso all'80%, con un minimo trattenuto dello 0,80%.

Le maggiorazioni annuali di capitale nonché i valori di riscatto e di riduzione via via effettivamente raggiunti sono acquisiti in via definitiva. L'ammontare del capitale ridotto, maturato in relazione ai premi versati ed alla rivalutazione effettivamente verificatasi, resta acquisito in via definitiva e continua a beneficiare annualmente di maggiorazioni per rivalutazione. L'Assicurando ha diritto alla personalizzazione del presente prospetto e/o a richiedere chiarimenti all'intermediario in merito ai diversi risultati conseguibili in relazione a diverse articolazioni di premio, della durata contrattuale o di altri elementi.

PROGETTI ESEMPLIFICATIVI

IPOTESI DI SVILUPPO DEI PREMI E DELLE PRESTAZIONI

COMPRENDENTI LA COMPLEMENTARE INFORTUNI E LA COMPLEMENTARE DI INVALIDITÀ

IPOTESI DI RENDIMENTO LORDO DEL FONDO "ERGO PREVIDENZA NUOVO SECOLO" 4,50%

- Sesso dell'Assicurato: femminile
 - Età dell'Assicurato: 40 anni
 - Durata: 20 anni
- Aliquota di retrocessione: 80%
 - Minimo trattenuto: 0,80%
 - Capitale assicurato iniziale: € 20.561,97

Anno	Premi annui lordi	Premi annui lordi al netto della detrazione di imposta del 19%	Capitale assicurato in caso di morte	Capitale rivalutato a scadenza
1	1.250,00	1.228,59	20.561,97	20.561,97
2	1.295,00	1.272,82	21.302,20	21.302,20
3	1.341,61	1.318,63	22.069,08	22.069,08
4	1.389,92	1.366,11	22.863,56	22.863,56
5	1.439,95	1.415,29	23.686,65	23.686,65
6	1.491,79	1.466,24	24.539,37	24.539,37
7	1.545,50	1.519,03	25.422,79	25.422,79
8	1.601,13	1.573,71	26.338,01	26.338,01
9	1.658,77	1.630,36	27.286,18	27.286,18
10	1.718,49	1.689,06	28.268,48	28.268,48
11	1.780,35	1.749,86	29.286,15	29.286,15
12	1.844,45	1.812,86	30.340,45	30.340,45
13	1.910,85	1.878,12	31.432,70	31.432,70
14	1.979,63	1.945,72	32.564,28	32.564,28
15	2.050,91	2.015,78	33.736,59	33.736,59
16	2.124,74	2.088,35	34.951,11	34.951,11
17	2.201,23	2.163,53	36.209,35	36.209,35
18	2.280,47	2.241,41	37.512,89	37.512,89
19	2.362,57	2.322,10	38.863,35	38.863,35
20	2.447,62	2.405,70	40.262,43	40.262,43

Alla scadenza contrattuale (al lordo di oneri fiscali): Capitale minimo garantito a scadenza: € 20.561,97
Capitale assicurato a scadenza nell'ipotesi di rivalutazione sopra indicata (al lordo di oneri fiscali): € 41.711,88
Rendita di opzione: per il calcolo della rendita di opzione saranno adottate le basi tecniche in vigore al momento in cui l'opzione verrà esercitata. Applicando i coefficienti di conversione annualmente in vigore, tale rendita ammonterebbe a € 1.427,99

IPOTESI DI SVILUPPO DEI PREMI VERSATI E DEI VALORI DI RIDUZIONE E DI RISCOATTO

Anni trascorsi	Cumulo premi annui lordi	Cumulo premi annui lordi al netto della detrazione di imposta del 19%	Sospensione del pagamento dei premi		
			Riscatto a fine anno	Capitale ridotto	
				alla fine dell'anno	alla scadenza
1	1.250,00	1.228,59	-	-	-
2	2.545,00	2.501,41	-	-	-
3	3.886,61	3.820,04	1.838,31	2.087,30	3.675,70
4	5.276,53	5.186,15	2.628,72	2.962,54	5.217,00
5	6.716,48	6.601,44	4.074,98	4.558,28	7.748,14
6	8.208,27	8.067,68	5.206,09	5.780,19	9.483,72
7	9.753,77	9.586,71	6.466,41	7.126,05	11.285,62
8	11.354,90	11.160,42	7.867,92	8.605,99	13.155,81
9	13.013,67	12.790,78	9.423,61	10.230,88	15.096,30
10	14.732,16	14.479,84	11.147,56	12.012,42	17.109,14
11	16.512,51	16.229,70	13.055,02	13.963,14	19.196,45
12	18.356,96	18.042,56	15.162,51	16.096,51	21.360,41
13	20.267,81	19.920,68	17.487,92	18.426,96	23.603,26
14	22.247,44	21.866,40	20.050,63	20.969,99	25.927,27
15	24.298,35	23.882,18	22.871,58	23.742,22	28.334,80
16	26.423,09	25.970,53	25.973,46	26.761,48	30.828,26
17	28.624,32	28.134,06	29.380,81	30.046,85	33.410,13
18	30.904,79	30.375,47	33.120,15	33.618,82	36.082,94
19	33.267,36	32.697,57	37.220,17	37.499,33	38.849,30
20	35.714,98	35.103,27	41.711,88	41.711,88	41.711,88

N.B.: Il contraente può chiedere di conoscere la parte del premio che è trattenuta dall'Impresa per far fronte ai costi gravanti sul contratto per oneri di acquisto, di incasso e di amministrazione. Le operazioni di riscatto e di riduzione comportano una penalizzazione economica e pertanto, come si evince dalla tabella sovrastante, il recupero dei premi versati avverrà solo dopo che sia trascorso un certo numero di anni. Questo progetto è stato realizzato in conformità alle disposizioni emanate dall'ISVAP con Circolare n. 506/D del 2003 ad integrazione della Nota Informativa, ipotizzando un rendimento lordo annuo costante del Fondo "ERGO Previdenza Nuovo Secolo" nella misura del 4,50% retrocesso all'80%, con un minimo trattenuto dello 0,80%.

Le maggiorazioni annuali di capitale nonché i valori di riscatto e di riduzione via via effettivamente raggiunti sono acquisiti in via definitiva. L'ammontare del capitale ridotto, maturato in relazione ai premi versati ed alla rivalutazione effettivamente verificatasi, resta acquisito in via definitiva e continua a beneficiare annualmente di maggiorazioni per rivalutazione. L'Assicurando ha diritto alla personalizzazione del presente prospetto e/o a richiedere chiarimenti all'intermediario in merito ai diversi risultati conseguibili in relazione a diverse articolazioni di premio, della durata contrattuale o di altri elementi.

GARANZIE DI BASE E OPZIONALI DEL "PIANO DANNI"

Si precisa, che al premio complessivo dovuto a fronte delle Garanzie previste nel "Piano Vita", si dovrà aggiungere l'importo del premio relativo alle Garanzie di base "Piano Danni".

Sarà poi possibile, su richiesta del Contraente, aggiungere ulteriori garanzie opzionali, già previste in proposta.

PIANO PERFETTO

PIANO DANNI

DISCIPLINA DEL CONTRATTO E DEFINIZIONI

A) DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il contratto, oltre che dalle norme legislative in materia è disciplinato dalle:

NORME GENERALI DI ASSICURAZIONE;

NORME CHE REGOLANO:

l'invalidità permanente da infortunio;
la diaria da ricovero da infortunio;
la diaria da ricovero da malattia;
la diaria da ingessatura da infortunio;
il rimborso delle spese di cura da infortunio;
l'invalidità permanente da malattia.

NORME COMUNI.

B) DEFINIZIONI

SOCIETÀ: ERGO Assicurazioni S.p.A.

CONTRAENTE: il soggetto che stipula l'assicurazione.

ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE: il contratto di assicurazione.

POLIZZA: il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO: l'importo dovuto dal Contraente alla Società.

INDENNIZZO: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INVALIDITÀ PERMANENTE: la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

RISCHIO: la probabilità che si verifichi il sinistro.

SINISTRO: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

INFORTUNIO: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

MALATTIA: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

RICOVERO: la degenza in istituto di cura comportante pernottamento.

BENDA GESSATA: mezzo di contenzione costituita da fasce, docce od altri apparecchi che realizzino l'immobilizzazione della parte, confezionati anche con gesso, purché non suscettibili di rimozione da parte dell'Assicurato.

ISTITUTO DI CURA: struttura sanitaria regolarmente autorizzata alla erogazione di assistenza ospedaliera esclusi, comunque, stabilimenti termali, case di convalescenza e soggiorno nonché ospedali militari ed istituti specializzati per la riabilitazione.

NORME GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del 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 Codice Civile.

ART. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare preventivamente alla Società 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.

ART. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga il premio o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

ART. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 5 - DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Non si applica al presente contratto.

ART. 6 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Non si applica al presente contratto.

ART. 7 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Non si applica al presente contratto.

ART. 8 - SCADENZA DELLA POLIZZA

La polizza termina automaticamente alla scadenza pattuita senza tacita proroga e senza necessità di disdetta.

L'eventuale protrazione del differimento del piano base vita non protrae le garanzie danni.

ART. 9 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza (art. 1913 c.c.).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 c.c.).

ART. 10 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 11 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, a scelta della parte attrice, è esclusivamente competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente.

ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO: L'INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO, LA DIARIA DA RICOVERO O INGESSATURA, IL RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

ART. 13 - OGGETTO E DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie;
- di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

Sono considerati infortuni anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole e di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini.

ART. 14 - INFORTUNI DERIVANTI DA COLPA GRAVE E DA TUMULTI POPOLARI

In deroga agli artt. 1900 e 1912 del Codice Civile si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 15 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

ART. 16 - NORME SPECIFICHE PER L'INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione - entro 2 anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di invalidità permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro, Legge 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 24 luglio 2000.

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. Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali riportate nella tabella sopra menzionata vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale anatomica funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione con il massimo del 100%.

Qualora l'invalidità permanente riconosciuta sia di grado pari o superiore al 50% della totale, la Società corrisponde un indennizzo pari all'intera somma assicurata.

ART. 16.1 - FRANCHIGIA PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità Permanente da Infortunio sia di grado pari od inferiore al 5%; se invece l'Invalidità Permanente da Infortunio risulti superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.

Qualora l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 20% l'indennizzo verrà effettuato senza applicazione della franchigia di cui sopra.

ART. 16.2 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli e 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 ed ultraleggeri), salvo quanto disposto al precedente art. 15 delle presenti norme;
- dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, polo e caccia a cavallo, alpinismo con accesso a ghiacciai e scalata di rocce, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, baseball, football americano, immersioni con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accele-

razioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

ART. 16.3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive 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. 16 delle presenti norme sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 16.4 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasferibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

ART. 17 - NORME SPECIFICHE PER LA DIARIA DA RICOVERO O DA INGESSATURA

La Società corrisponde all'Assicurato:

- a) in caso di ricovero in Istituto di cura pubblico o privato, reso necessario da infortunio (o malattia, parto e aborto terapeutico se prevista la relativa garanzia opzionale), l'indennità giornaliera contrattualmente stabilita per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 90 giorni per evento e per anno assicurativo, con il limite di 5 giorni per il parto con o senza taglio cesareo e l'aborto terapeutico. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione;
- b) in caso di applicazione di bende gessate in conseguenza di un infortunio, l'indennità giornaliera contrattualmente stabilita, dal giorno di dimissione dall'Istituto di cura se vi è stato ricovero, oppure dal giorno dell'applicazione delle bende gessate se non vi è stato ricovero, fino alla loro rimozione e comunque per un periodo non superiore a 45 giorni per gli arti superiori e di 90 giorni per gli arti inferiori, vertebre e bacino.

La garanzia non è operante nel caso in cui la lesione che ha comportato l'applicazione delle bende gessate riguardi singole dita dei piedi o delle mani.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata e su presentazione della cartella clinica completa di ogni documentazione e di attestato di degenza (in originale) rilasciato dall'Istituto di cura, dove risulti indicato il motivo e la durata del ricovero.

I documenti prodotti dall'Assicurato rimangono acquisiti dalla Società.

ART. 17.1 - TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia ha effetto dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative agli infortuni;
- del 60° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative alla malattia;
- del 300° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per le prestazioni relative al parto.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante, con il termine di aspettativa di 60 giorni, soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

A maggior precisazione di quanto sopra, la Società non riconosce alcuna diaria per le malattie che si manifestino durante il periodo di aspettativa. Qualora la malattia dovesse manifestarsi nuovamente (c.d. ricaduta) dopo il periodo di aspettativa, l'Assicurato avrà diritto alla garanzia solo quando siano trascorsi tre mesi fra la guarigione clinica della malattia e la ricaduta.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione o in ripresa alla scadenza annuale senza soluzione di continuità di altra polizza riguardante lo stesso Assicurato ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

ART. 17.2 - ESCLUSIONI

La garanzia non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipula del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
- b) l'eliminazione o la correzione di difetti fisici preesistenti alla stipula della polizza;
- c) gli stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- d) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) gli infortuni esclusi nel precedente art. 16.2;
- f) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcol e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) l'aborto volontario non terapeutico;
- h) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- i) le parodontopatie, le applicazioni di protesi dentarie nonché, quando non siano rese necessarie da infortunio, le cure dentarie;

- j) i 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. Per lunga degenza si intendono i ricoveri per i casi in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato sono tali che una guarigione non può più essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in Istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- k) i ricoveri in case di riposo ancorché qualificate Istituti di cura;
- l) le conseguenze dirette e indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- m) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

ART. 18 - NORMA SPECIFICA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza della somma assicurata a questo titolo, le spese sostenute per:

- a) onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- b) diritti di sala operatoria, materiali d'intervento, accertamenti diagnostici (radiografie, radioscopie, esami di laboratorio);
- c) terapie fisiche e spese farmaceutiche (queste ultime entro il 20% della somma assicurata);
- d) rette di degenza in Istituto di cura pubblico o privato;
- e) trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura con autoambulanza.

La richiesta di rimborso, corredata dalla documentazione di cui all'art. 17 ultimo capoverso e dalle ricevute, in originale, di quanto pagato, deve essere presentata alla Società entro un mese dal termine della cura medica.

ART. 19 - 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.

ART. 20 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surroga che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 21 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI

Fermo quanto disposto dall'art. 9, la denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni sarà documentato da ulteriori certificazioni mediche.

L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti (ritenuti necessari a proprio insindacabile giudizio) sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

ART. 22 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione vale per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione stessa secondo quanto previsto dal successivo art. 22.1 e manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione.

ART. 22.1 - DECORRENZA DELLA GARANZIA E TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione. Nel caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa di cui sopra operano dal giorno di decorrenza della garanzia limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni.

ART. 22.2 - ESCLUSIONI

- L'assicurazione non è operante per le invalidità permanenti causate direttamente o indirettamente da:
- a) infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici in genere, anteriori alla data di decorrenza della polizza;
 - b) abuso di alcolici od uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti od allucinogeni e simili;
 - c) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
 - d) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
 - e) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

ART. 22.3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie; è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti (*). Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza (**) con nuove malattie. Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata tenuto conto di quanto previsto dal presente articolo.

(*) Malattie coesistenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto a carico di sistemi organofunzionali diversi.

(**) Malattie concorrenti: malattie/invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessato uno stesso sistema organofunzionale.

ART. 22.4 - CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE

La percentuale di invalidità viene accertata - non prima che sia decorso un periodo compreso fra i 6 ed i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia - con riferimento alla tabella per l'industria allegata al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipula della polizza. Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità, previste dalla tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi, vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi od arti. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella sopra menzionata, l'indennizzo è stabilito facendo riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%. Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente risulti di grado inferiore al 25%.

La Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo il seguente schema:

percentuale di invalidità permanente accertata	percentuale da applicare sulla somma assicurata
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
dal 35 al 55	pari a quella accertata
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
dal 66 al 100	100

NORME COMUNI

ART. 22.5 - DIRITTO ALL'INDENNIZZO

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasferibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

ART. 22.6 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI

L'Assicurato deve denunciare la malattia entro tre giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata e comunque non oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società a proprio insindacabile giudizio, fornendo alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

ART. 23 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente o sulla durata del ricovero, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dai precedenti art. 16.3 e 22.3 possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

E' 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.

ART. 24 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 25 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Costituisce causa di cessazione di assicurazione la sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Nei casi previsti, la Società avrà il solo obbligo di restituire il premio percepito per l'annualità in corso al momento della sopravvenienza.

ART. 26 - AUTOMATICA RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Il presente contratto si intende automaticamente risolto in caso di riscatto, di annullamento o di sospensione del pagamento dei premi della polizza vita alla quale è abbinato.

PIANO PERFETTO

NOTA
INFORMATIVA

PIANO DANNI

PREMESSA

In ottemperanza al D.L. 17/3/1995 n. 175/95 la ERGO Assicurazioni informa che:

A

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

1. DENOMINAZIONE SOCIALE, FORMA GIURIDICA E INDIRIZZO

ERGO Assicurazioni S.p.A. ha la propria sede legale in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano (Italia), ed è stata autorizzata all'esercizio della attività assicurativa con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20/6/1986 (Gazzetta Ufficiale 26/6/86 n. 146), Codice Fiscale e N° di iscrizione al Registro Imprese di Milano 07707320151, Partita IVA N° 10042300151.

B

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

1. LEGISLAZIONE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto, che sarà concluso con la ERGO Assicurazioni S.p.A. sarà applicabile la Legge Italiana nel presupposto che il rischio sia ubicato nel territorio della Repubblica Italiana. Tuttavia è facoltà delle Parti convenire di assoggettare il contratto ad una diversa legislazione, fatta salva in ogni caso la prevalenza delle norme imperative del Diritto Italiano. La ERGO Assicurazioni S.p.A. Propone, comunque, per i propri contratti la scelta della legislazione italiana. Qualora il contratto concerna una assicurazione obbligatoria si precisa che, oltre alle norme imperative, anche le norme specifiche della legislazione italiana prevarranno su quelle di qualsiasi altra legislazione che le Parti scegliessero di applicare al contratto.

2. PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO DI

ASSICURAZIONE

In applicazione del disposto di cui all'art. 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in un anno a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto al risarcimento dei danni.

3. RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO

Il Contraente/Assicurato potrà rivolgersi all'I.S.V.A.P. - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma (Italia) oppure direttamente alla Sede Legale della ERGO Assicurazioni S.p.A. (Uff. Servizio Clienti) che è in ogni caso disponibile per fornire ogni utile chiarimento. Qualora la legislazione scelta di comune accordo fra le parti fosse diversa da quella italiana, i reclami dovranno essere inviati all'Organo previsto dalla legislazione prescelta. L'I.S.V.A.P. faciliterà le comunicazioni con l'autorità competente.

4. COMPOSIZIONE DEI PREMI

I premi relativi alle Garanzie base ed Opzionale danni risultano così composti, ai fini della detraibilità fiscale:

GARANZIA BASE

Invaldità permanente da infortunio € 28,40 (detraibili)

Rimborso spese cura da infortunio	} € 33,57
Diaria ricovero da infortunio	
Diaria da ingessamento da infortunio	

GARANZIE OPZIONALI

Invaldità permanente da malattia € 33,57 (detraibili)

Diaria da ricovero da malattia, parto o aborto terapeutico	€ 28,40
---	---------

PIANO PERFETTO

ALLEGATI

Richiesta relativa alla polizza n. _____

Contraente/Richiedente _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER SCADENZA O SCELTA DI OPZIONE

Il sottoscritto richiede: *(contrassegnare con una crocetta)*

- ☐ la liquidazione del capitale maturato
- ☐ la liquidazione della rendita maturata
- ☐ di esercitare la seguente opzione

(la richiesta del Contraente per la scelta di una opzione deve essere esercitata come stabilito dalle condizioni speciali di polizza)

Comunica altresì che l’ultima quietanza di premio pagata è quella relativa alla scadenza del _____ pagata il _____

Luogo _____

Data _____

IL RICHIEDENTE _____

VISTO DEL VINCOLATARIO _____
(quando esiste un vincolo)

Per l’autenticazione della firma L’AGENTE _____

(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

Documentazione da allegare alla presente richiesta:

1. originale della polizza (no fotocopia, no proposta); in caso di smarrimento allegare denuncia presentata alle autorità competenti (Carabinieri, Polizia);
2. fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento;
3. Mod. EP 009 (Legge 675/96 - Privacy) solo per contratti stipulati anteriormente al 1° gennaio 1998;
4. Mod. EP 015 (modalità di pagamento)

Nel caso di EROGAZIONE DI UNA RENDITA VITALIZIA, sia per tipologia di tariffa che per esercizio dell’apposita opzione, occorre specificare che in caso di pagamento della rendita a mezzo bonifico bancario o assegno circolare, la Società dovrà ricevere, a cura dell’avente diritto a mezzo raccomandata A.R., almeno 5 giorni prima della data di pagamento di ogni singola rata di rendita, idoneo certificato di esistenza in vita dell’Assicurato.

Tale documento non è necessario quando il pagamento della rendita avviene a mezzo assegno di traenza emesso dalla Società ed intestato all’avente diritto.

2. RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER RISCOATTO

Il sottoscritto Contraente richiede il riscatto della polizza suindicata.

Comunica che l’ultima quietanza di premio pagata è quella relativa alla scadenza del _____

Dichiara di essere consapevole e di accettare che, dalla data della presente richiesta di riscatto, deve intendersi cessata a tutti gli effetti ogni copertura assicurativa.

Luogo _____

Data _____

IL CONTRAENTE _____

VISTO DEL VINCOLATARIO _____
(quando esiste un vincolo)

Per l’autenticazione della firma L’AGENTE _____

(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

Documentazione da allegare alla presente richiesta:

1. originale della polizza (no fotocopia, no proposta); in caso di smarrimento allegare denuncia presentata alle autorità competenti (Carabinieri, Polizia);
2. fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento;
3. Mod. EP 009 (Legge 675/96 - Privacy) solo per contratti stipulati anteriormente al 1° gennaio 1998;
4. Mod. EP 015 (modalità di pagamento)

Dichiarazione fiscale per le operazioni di riscatto da rendersi solo in caso di richiesta effettuata nei primi 5 anni dal perfezionamento del contratto (per i contratti aventi decorrenza anteriore al 31/12/2000).

Attenzione: dovrà essere sottoscritta solo una delle dichiarazioni di seguito riportate.

Dichiarazione A

In base a quanto disposto dal D.P.R. 22 dicembre 1986 n. 917 e successive modifiche, il sottoscritto **DICHIARA SOTTO LA SUA RESPONSABILITÀ DI AVER DETRATTO** dalla denuncia annuale dei redditi ai fini dell’IRPEF ed entro i limiti fissati dalla legge, i premi pagati sulla polizza vita in oggetto. Dichiara inoltre di essere consapevole che sul valore di riscatto verrà detratta la ritenuta d’acconto calcolata sul cumulo dei premi pagati, nella misura stabilita dalle norme fiscali vigenti.

IL CONTRAENTE _____

Dichiarazione B

In base a quanto disposto dal D.P.R. 22 dicembre 1986 n. 917 e successive modifiche, il sottoscritto **sotto la sua responsabilità chiede che il valore di riscatto spettantegli sulla polizza n. _____ non venga assoggettato alla ritenuta d’acconto, in quanto I PREMI AD ESSA RELATIVI NON SONO STATI PORTATI IN DETRAZIONE** dal reddito imponibile.

IL CONTRAENTE _____

Dichiarazione C

In base a quanto disposto dal D.P.R. 22 dicembre 1986 n. 917 e successive modifiche, il sottoscritto **dichiara sotto la sua responsabilità DI AVER PORTATO IN DETRAZIONE** dal reddito imponibile i premi pagati sulla polizza indicata nella domanda di riscatto nei seguenti importi annuali:

€ _____ per l’anno _____

€ _____ per l’anno _____

€ _____ per l’anno _____

€ _____ per l’anno _____

€ _____ per l’anno _____

Quanto sopra ai fini della determinazione della ritenuta d’acconto di cui al citato D.P.R., che la Compagnia dovrà trattenere da quanto spettantemi a titolo di riscatto della polizza.

IL CONTRAENTE _____



ERGO Previdenza - Capitale Sociale € 90.000.000 interamente versato. Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell’Industria, del Commercio e dell’Artigianato del 6/4/1992 (G.U.10/4/1992 N°85) Codice Fiscale e N° di iscrizione al Registro Imprese di Milano 03735041000 - Partita IVA N° 10637370155



ERGO Assicurazioni - Capitale Sociale € 43.900.000 interamente versato. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20/6/1986 (G.U.26/6/1986 N°146) Codice Fiscale e N° di iscrizione al Registro Imprese di Milano 07707320151 - Partita IVA N° 10042300151

3. RICHIESTA DI CONCESSIONE DI PRESTITO

Il sottoscritto, Contraente della polizza indicata sul frontespizio del presente modulo, chiede la concessione di un prestito, a norma delle “Condizioni Generali e Speciali” di polizza.

☐ per un ammontare netto di € _____

☐ per un importo massimo pari al 90% del valore di riscatto netto.

Comunica altresì che l’ultima quietanza di premio pagata è quella scaduta il _____

Documentazione da allegare alla presente richiesta:

1. originale della polizza (no fotocopia, no proposta); in caso di smarrimento allegare denuncia presentata alle autorità competenti (Carabinieri, Polizia);
2. fotocopia fronte e retro della carta di identità o altro valido documento;
3. Mod. EP 009 (Legge 675/96 - Privacy) solo per contratti stipulati anteriormente al 1° gennaio 1998;
4. Mod. EP 015 (modalità di pagamento)

Condizioni relative ai prestiti su polizze di assicurazione sulla vita:

1. Il prestito viene accordato dalla Società contro rilascio di regolare obbligazione ed analoga annotazione sulla polizza. L’interesse per il prestito è fissato dalla Società e risulta legato dall’andamento della gestione separata dei fondi ERGO; è dovuto in rate anticipate, unitamente al premio ed alle stesse scadenze, fatta eccezione per la prima rata che sarà trattenuta sull’importo del prestito concesso. Per le polizze a premio unico rimangono invariate le stesse condizioni sopra citate salvo emissione alla ricorrenza annua del contratto della quietanza riportante gli interessi di prestito da corrispondere.
2. Il prestito può essere rimborsato in qualunque momento dal Contraente (semprechè la polizza sia al corrente con il pagamento dei premi); la Società restituirà il prorata di interessi eventualmente non maturati ed annoterà in polizza l’avvenuta estinzione.
3. In caso di mancato pagamento di una rata di interessi, la Società riscatterà la polizza per quella parte di capitale assicurato il cui valore di riscatto corrisponde all’ammontare del prestito, lasciando la polizza in vigore per l’eventuale eccedenza del valore ridotto, determinabile secondo le Condizioni Generali di polizza;
4. La Società tratterrà, con diritto di prelazione, l’ammontare del prestito -se non estinto- da qualsiasi pagamento che dovesse fare in dipendenza della polizza.
5. Nelle assicurazioni che prevedono il diritto di opzione, se il Contraente si avvale di tale diritto e non rimborsa in contanti l’intero prestito, il prestito stesso verrà estinto riducendo tutte le prestazioni garantite secondo il rapporto esistente fra il capitale originariamente assicurato, detratto il prestito, ed il capitale originario stesso.
6. Nelle assicurazioni a Vita Intera, combinate di capitale e rendita, e nelle assicurazioni in Caso di Vita con controassicurazione, se il Contraente - al termine stabilito per il pagamento dei premi - non rimborserà in contanti l’intero prestito, la polizza verrà ridotta con le stesse modalità di cui al precedente punto 3.

Il sottoscritto contraente dichiara di accettare le condizioni per la concessione del prestito sopra esposto.

Luogo _____ Data _____

IL CONTRAENTE _____ VISTO DEL VINCOLATARIO _____
(quando esiste un vincolo)

Per l’autenticazione della firma L’AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

4. RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER SINISTRO - DENUNCIA DI MORTE DELL’ASSICURATO

La presente a scopo di denuncia dell’avvenuto decesso in data _____ dell’Assicurato della polizza vita n. _____

Sig./ra _____ a causa di _____

Comunica altresì che l’ultima quietanza di premio pagata è stata quella relativa alla scadenza del _____

Documentazione da allegare alla presente richiesta:

1. originale della polizza (no fotocopia, no proposta); in caso di smarrimento allegare denuncia presentata alle autorità competenti (Carabinieri, Polizia);
2. certificato di morte sul quale sia indicata anche la data di nascita dell’Assicurato;
3. Mod. EP 009 (legge 675/96) sottoscritto da tutti i Beneficiari;
4. atto notorio in copia autentica oppure dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, dalla quale risulti che l’Assicurato è deceduto senza lasciare testamento e nella quale siano indicati gli eredi legittimi (nel caso in cui l’Assicurato sia deceduto intestato, copia del testamento pubblicato a norma di legge);
5. nel caso in cui tra i beneficiari del contratto fossero presenti soggetti minorenni o incapaci verrà richiesta,verificato il diritto all’indennizzo (determinato correttamente il capitale da liquidare, ed in particolare la quota dello stesso spettante a predetti soggetti), copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la riscossione della quota destinata ai beneficiari minorenni o incapaci.
6. fotocopia fronte/retro di un valido documento d’identità dei Beneficiari;
7. Mod. EP 015 (modalità di pagamento)

L'ulteriore seguente documentazione occorre solamente per le tariffe miste, temporanee caso morte, termine fisso e a vita intera .

Se il decesso è conseguente a malattia, la Società necessita ricevere:

- relazione del medico curante da redigersi sul Mod. EP 004;
- referto autoptico;
- copia autenticata della cartella clinica relativa al primo ricovero, in occasione del quale venne posta diagnosi della malattia che condusse al decesso dell’Assicurato;
- copia autenticata della cartella clinica dell’ultimo ricovero;
- lettera di dimissioni relative ad altri eventuali ricoveri

Altrimenti, se il decesso è avvenuto per infortunio od incidente stradale, occorrono:

- 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, nonché estratto del registro degli atti penali recante l’indicazione dell’ipotesi di reato per la quale sia stato richiesto il rinvio a giudizio.

Luogo _____ Data _____

IL RICHIEDENTE _____
(nome, cognome, indirizzo, firma)

Per l’autenticazione della firma L’AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

Il presente modello è realizzato in conformità a quanto previsto dalla circolare ISVAP 403/d del 16.03.2000

Richiesta relativa alla polizza n. _____ Contraente/Richiedente _____

C.F. _____

1. CAMBIAMENTO DI FORMA DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Da rate ☐ annuali ☐ semestrali ☐ trimestrali
A rate ☐ annuali ☐ semestrali ☐ trimestrali

Il Contraente prende atto che la modifica sarà effettuata in coincidenza con la prima ricorrenza annuale del contratto successiva alla data della presente richiesta.

Luogo _____ Data _____

IL CONTRAENTE _____ Per l’autenticazione della firma L’AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

N.B. La richiesta deve pervenire alla Compagnia almeno 90 gg. prima della ricorrenza annuale della polizza.

2. RETTIFICHE ANAGRAFICHE

☐ Assicurato ☐ Contraente ☐ Beneficiario (barrare con una crocetta la voce che è interessata alla modifica)

Nome _____ Cognome _____

C.F. _____ nato a _____

il _____ domiciliato in _____

CAP _____ Via _____ N. _____

Luogo _____ Data _____

IL CONTRAENTE _____ Per l’autenticazione della firma L’AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

3. COSTITUZIONE DEL VINCOLO

Il sottoscritto Contraente _____

dichiara di voler vincolare la polizza a favore di _____

per l’importo di € _____, _____

Resta pertanto stabilito che nessun pagamento da parte della ERGO Previdenza S.p.A. potrà essere effettuato senza il consenso e l’intervento del predetto vincolatario, al cui consenso è pure subordinata la scelta di qualsiasi opzione eventualmente prevista dalle condizioni di polizza.

Luogo _____ Data _____

IL CONTRAENTE _____ VISTO DEL VINCOLATARIO O BENEFICIARIO _____
(quando esiste un vincolo o un beneficio accettato)

Per l’autenticazione della firma L’AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

N.B. Per tutte le tariffe l’importo vincolato non potrà essere superiore all’importo liquidabile in caso di morte dell’Assicurato.

4. CANCELLAZIONE DEL VINCOLO

Venuti a cessare i motivi che hanno determinato la costituzione del vincolo se ne autorizza la cancellazione.

Luogo _____ Data _____

IL VINCOLATARIO _____ Per l’autenticazione della firma L’AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

 ERGO Previdenza - Capitale Sociale € 90.000.000 interamente versato. Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell’Industria, del Commercio e dell’ Artigianato del 6/4/1992 (G.U.10/4/1992 N°85) Codice Fiscale e N° di iscrizione al Registro Imprese di Milano 03735041000 - Partita IVA N° 10637370155

 ERGO Assicurazioni - Capitale Sociale € 43.900.000 interamente versato. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20/6/1986 (G.U.26/6/1986 N°146) Codice Fiscale e N° di iscrizione al Registro Imprese di Milano 07707320151 - Partita IVA N° 10042300151

5. CAMBIAMENTO DI BENEFICIO

Il sottoscritto Contraente dichiara di attribuire il beneficio come segue:

in caso di vita dell’Assicurato: _____

(Nome o Ragione Sociale)

(Codice Fiscale o Partita Iva)

in caso di morte dell’Assicurato
alla scadenza del contratto: _____

(Nome o Ragione Sociale)

(Codice Fiscale o Partita Iva)

Deve intendersi così annullata ogni precedente attribuzione beneficiaria.

Luogo _____

Data _____

IL CONTRAENTE _____

Visto del VINCOLATARIO _____
(quando esiste un vincolo)

Per l’autenticazione della firma L’AGENTE _____

(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

6. ACCETTAZIONE DEL BENEFICIO

Con la sottoscrizione della presente manifestazione di volontà il Contraente ed il Beneficiario dichiarano, rispettivamente, ai sensi del- l’art. 1921 2° Comma, del codice Civile, di rinunciare al potere di revoca e di voler profittare del beneficio.

Luogo _____

Data _____

IL BENEFICIARIO ACCETTANTE _____

IL CONTRAENTE _____

Per l’autenticazione delle firme L’AGENTE _____

(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

N.B.

Il beneficio accettato non può essere revocato o modificato, salvo esplicita rinuncia al beneficio da parte dell'accettante e salvi i casi di decadenza di cui all'art. 1922 del Codice Civile.

7. TRASFERIMENTO DI PROPRIETÀ PER CESSIONE

Il sottoscritto Contraente **dichiara di trasferire la proprietà del contratto** a favore del Sig.

Nome _____

Cognome _____

C.F.

nato a _____

il _____

domiciliato in _____

CAP _____

Via _____

N. _____

Documento d’Identità: ☐ Carta di identità ☐ Passaporto

N. Documento _____ rilasciato da _____ in data _____
(Autorità rilasciante e Località)

che a sua volta **dichiara di accettare.**

Luogo _____

Data _____

IL CESSIONARIO _____

IL CEDENTE _____
(Contraente subentrante) (Contraente Cessante)

Per l’autenticazione della firma L’AGENTE _____

(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

N.B.

A) **Attenzione: nel caso di richiesta di trasferimento di proprietà per cessione, si rende necessaria la compilazione e sottoscrizione del “Consenso al trattamento dei dati personali generali e sensibili” riportato in calce alla quarta pagina del presente modello.**

B) **Qualora il Cessionario intendesse indicare il trasferimento di proprietà in caso di sua premorienza, compilare anche il punto 8).**

Documentazione da allegare in caso di TRASFERIMENTO DI PROPRIETÀ PER DECESSO DEL CONTRAENTE:

1. copia del certificato di morte;

2. atto notorio in copia autentica oppure dichiarazione sostitutiva, rilasciata ai sensi della Legge n. 15 del 04.01.1968, dalla quale risulti che il Contraente è deceduto senza lasciare testamento e nella quale siano indicati gli eredi legittimi (nel caso in cui il Contraente sia deceduto intestato, copia del testamento pubblicato a norma di legge);

3. qualora il Contraente subentrante sia uno degli eredi o soggetto diverso dagli eredi occorre atto notorio con il quale gli eredi rinuncino alla contraenza in favore del Contraente subentrante.

8. TRASFERIMENTO DI PROPRIETÀ IN CASO DI PREMORIENZA DEL CONTRAENTE

(UTILIZZABILE SOLO SE IL CONTRAENTE È PERSONA DIVERSA DALL’ASSICURATO)

Il sottoscritto Contraente dichiara che, in caso di sua premorienza e salvo contrarie disposizioni testamentarie, i diritti spettantigli quale Contraente, dovranno ritenersi trasferiti al Sig.

Nome _____

Cognome _____

C.F.

nato a _____

il _____

domiciliato in _____

CAP _____

Via _____

N. _____

Documento d’Identità: ☐ Carta di identità ☐ Passaporto

N. Documento _____ rilasciato da _____ in data _____
(Autorità rilasciante e Località)

con sua piena facoltà di disporre della polizza anche per quanto riguarda la variazione del beneficio.

Luogo _____

Data _____

IL CONTRAENTE _____

Per l’autenticazione della firma L’AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

N.B.

Attenzione: nel caso di richiesta di trasferimento di proprietà in caso di premorienza del Contraente, si rende necessaria la compilazione e sottoscrizione del “Consenso al trattamento dei dati personali generali e sensibili” riportato in calce alla quarta pagina del presente modello.

9. RICHIESTA DI DUPLICATO DELLA POLIZZA

Il Contraente dichiara di non essere in possesso del proprio originale di polizza e ne richiede rilascio di un duplicato, in quanto:

☐ non gli è mai pervenuto

☐ è stato smarrito (allegare denuncia all’Autorità competente)

☐ gli è stato sottratto (allegare denuncia all’Autorità competente)

Luogo _____

Data _____

IL CONTRAENTE _____

Per l’autenticazione della firma L’AGENTE _____
(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

10. ACCENSIONE ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI

☐ Morte a seguito di Infortunio e di Infortunio Automobilistico

☐ Esonero dal pagamento premi per invalidità totale e permanente

(Per entrambe le richieste compilare il questionario riportato in calce)

1. Indicare i valori della statura e del peso: Cm. Kg.

2. Soffre o ha sofferto di malattie del sangue, disturbi a carico degli apparati respiratorio, cardiocircolatorio, digerente, urogenitale, del sistema nervoso ed endocrino metabolico? Se SI, precisare solo quando ed allegare documentazione.....

3. Si è sottoposto ad esami clinici? Rispondere SI, solo se furono rilevate situazioni ANOMALE O PATOLOGIE PREESISTENTI. Se SI, precisare esami ed allegare documentazione. IN TUTTI GLI ALTRI CASI RISPONDERE NO.

4. E' mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero per semplici accertamenti o per interventi chirurgici? (Non è obbligatorio dichiarare gli interventi di appendicectomia, erniotomia, safenectomia, varici, emorroidectomia, meniscectomia, frattura degli arti, deviazione del setto nasale, parto, avvenuti da oltre 3 mesi, colicistectomia avvenuta da oltre 2 anni e gastros resezione per ulcera avvenuta da oltre 5 anni.) Quando il ricovero sia stato causato da patologie diverse da quelle elencate, allegare cartella clinica o altra documentazione clinica riportante gli esiti.

5. Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti, ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudori notturni, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle ? In caso di risposta affermativa la Società stabilirà le condizioni di accettazione.

6. Pratica una delle seguenti attività professionali e/o sportive? Elenco delle professioni particolari e degli sports praticati a livello amatoriale per i quali l'accettazione della proposta è subordinata al benessere della Direzione, previa compilazione da parte dell'Assicurato di un apposito questionario redatto dalla Società. L'assunzione di tali rischi comporterà l'applicazione di un sovrappremio professionale o sportivo sul Programma Base Vita ed eventualmente sul Programma Integrativo Vita. Non saranno accordabili le assicurazioni complementari. Professioni: •artificiere •chimico o petrolchimico a contatto con esplosivi, sostanze radioattive o tossiche •forze dell'ordine di reparti operativi •operaio edile che lavora su impalcature •giornalista inviato speciale •guida montana •tecnico su piattaforme petrolifere •palombaro •minatore Se SI, indicare quale.....

Sports •gare automobilistiche, motociclistiche, motonautiche •pugilato •ippica •immersioni subacquee e con autorespiratore •gare di bob •regate veliche Se SI, indicare quale.....

7. Pratica le seguenti attività professionali e/o sportive? Elenco delle professioni particolari e degli sports praticati a livello amatoriale per i quali l'accettazione della proposta potrà essere subordinata a particolari condizioni, e comporterà comunque l'esclusione della copertura per caso di morte qualora tale evento si verificasse in connessione all'esercizio dell'attività professionale e/o sportiva dichiarata dall'Assicurato. Professioni: •militare paracadutista •pilota di aeromobili militari e civili •stuntman •circense •militare di reparti operativi • membro di equipaggio di aeromobili Se SI, indicare quale.....

Sports: •paracadutismo •deltaplano •parapendio •alpinismo •speleologia •sci con salto dal trampolino Se SI, indicare quale.....

8. Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi ? Se SI, precisare: percentuali di invaliditàe caratteristiche difetti.....

9. Intraprende o prevede di dover intraprendere viaggi fuori Europa solo per motivi professionali? Se SI, precisare: dove.....per quanto tempo.....

N.B. I dati di cui sopra costituiscono elemento per la determinazione del premio dovuto.

Luogo _____

Data _____

L'ASSICURATO _____

IL CONTRAENTE _____
(Se persona diversa dal Contraente)

Per l’autenticazione delle firme L’AGENTE _____

(solo in caso di consegna della presente richiesta in Agenzia)

Assicurato

Cod. fiscale

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE
circa la malattia che ha causato il decesso dell’Assicurato

1. Cognome e nome dell’Assicurato defunto

2. Data di nascita

Professione

3. Stato civile

Data della morte

Luogo del decesso

Domicilio

Ospedale o casa di cura

altro

4. Quale malattia ha causato il decesso dell’Assicurato?

È stata disposta autopsia

SI

NO

Tale malattia è da ritenersi complicità di altra patologia?

Se sì quale?

5. Quando ha iniziato a curarlo per detta malattia?

6. Quali sintomi presentava il malato?

7. In base ai sintomi osservati ed ai dati anamnestici, a quale data doveva, presumibilmente, riportarsi l’insorgere della malattia?

8. Esistevano condizioni patologiche preesistenti all’ultima malattia? Quali? A che data risalivano?

9. Esiste un nesso causale diretto o indiretto fra la malattia che ha provocato la morte e le precedenti condizioni patologiche del soggetto?

O queste ultime ne hanno solamente aggravato il decorso?

10. Lei ritiene che avrebbero potuto, da sole, provocare la morte?

11. La malattia che ha causato il decesso ha necessitato di precedenti ricoveri in ospedale o in clinica?

SI

NO

12. La diagnosi dell’ultima malattia fu confermata da altri medici?

(indicare nome, cognome, residenza, epoca in cui furono consultati)

13. La diagnosi clinica dell’ultima malattia è stata convalidata da accertamenti radiografici ed operatori?

Dove?

Quando?

14. Lei era il medico abituale dell’Assicurato?

Diversamente, quale medico lo curava precedentemente?

Quali erano i medici della famiglia?

15. A suo giudizio, l’Assicurato conosceva la natura della malattia che ne ha causato il decesso?

O quanto meno, ritiene presumibile che la conoscesse e perché?

16. Ha mai curato l’assicurato per patologie che necessitavano l’assunzione di farmaci?

Se sì, quali e da quando?

17. Quali altre notizie ed informazioni può aggiungere?

Luogo

Data

IL MEDICO CURANTE

(timbro e firma)

(domicilio)

[illegible]

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DELL'ART.10 DELLA LEGGE 31/12/1996 N. 675

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è diretto all'espletamento da parte della Società 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 Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 1, comma 2, lett. b), della 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 e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento nonché da società di servizi, in qualità di responsabili (cfr. successivo punto 9) e/o incaricati del trattamento.

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, Banca Dati RC Auto, ISVAP);
- 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.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

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

- 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 attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

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 e autotifine; società di servizi a cui siano affidati la gestione amministrativa dei contratti, la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consorzi 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, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione);
- 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), nonché a pubbliche amministrazioni ai sensi di legge, nonché a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di imbustamento e smistamento di corrispondenza ed archiviazione, e del servizio di assistenza e/o informazione commerciale ai Clienti, effettuato anche tramite strutture esterne di call center.

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 e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 13 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 rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARI E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Titolare del trattamento è ERGO Previdenza S.p.A., nella persona del suo Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano – Italia

Responsabile designato ai sensi dell'Art. 13 della 675/96 è la Direzione Commerciale – Marketing – Vita, con sede in Via Pampuri, 13 – 20141 Milano – Italia - telefono n. 02.57444294 – fax n. 02.57442360, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri Responsabili del trattamento, dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del Titolare.

Titolare del trattamento è ERGO Assicurazioni S.p.A., nella persona del suo Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in Via Pampuri, 13 - 20141 Milano – Italia.

Responsabile designato ai sensi dell'Art. 13 della L. 675/96 è la Direzione Commerciale – Marketing, con sede in Via Pampuri, 13 – 20141 Milano – Italia - telefono n. 02.57444294 – fax n. 02.57442360, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri Responsabili del trattamento, dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del Titolare.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI GENERALI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa di cui sopra, relativamente alla normativa di cui alla Legge n. 675 del 31 dicembre 1996, visto il disposto degli articoli 11, 20, 22 e 28 della Legge stessa

ACCONSENTO / I AMO

1. al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a), della medesima informativa o obbligatori per legge;
3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

ACCONSENTO / IAMO NON ACCONSENTO / IAMO (Barrare con X la casella prescelta)

In caso di mancata scelta da parte del Contraente il consenso NON si intenderà prestato.

4. al trattamento dei dati personali comuni, che mi riguardano per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;
5. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. b), della predetta informativa, per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi;
6. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi (Paesi UE e Paesi extra UE).

Rimane fermo che il mio/nostro consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Origine dei dati (indicare l'ipotesi ricorrente): ☐ dati forniti dall'interessato ☐ dati forniti da terzi

Luogo e data	Nome e Cognome (o denominazione) dell'interessato - Contraente	(leggibile)	Firma
Luogo e data	Nome e Cognome (o denominazione) dell'interessato - Assicurando	(leggibile)	Firma
Luogo e data	Nome e Cognome (o denominazione) dell'interessato - Beneficiario	(leggibile)	Firma
Luogo e data	Nome e Cognome (o denominazione) dell'interessato - Beneficiario	(leggibile)	Firma

ERGO Previdenza - Capitale Sociale € 90.000.000 interamente versato. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 6/4/1992 (G.U.10/4/1992 N°85) Codice Fiscale e N° di iscrizione al Registro Imprese di Milano 03735041000 - Partita IVA N° 10637370155

ERGO Assicurazioni - Capitale Sociale € 43.900.000 interamente versato. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20/6/1986 (G.U. 26/6/1986 N°146) Codice Fiscale e N° di iscrizione al Registro Imprese di Milano 07707320151 - Partita IVA N° 10042300151

Il presente modello è realizzato in ottemperanza a quanto previsto dalla circolare ISVAP 403/d del 16.03.2000

MODALITA' DI PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

Polizza N. _____

Il/la sottoscritto/a

in qualità di:

☐ Contraente

☐ Beneficiario

nato/a a

Provincia

il / /

(indicare il Comune o lo Stato estero di nascita)

(sigla)

(data di nascita)

Residente in

Provincia

C.A.P.

(indicare il Comune di residenza se Persona Fisica, in cui si trova la sede legale se Società)

(sigla)

Indirizzo

(Via, Piazza, Corso, ecc.)

Codice fiscale o Partita IVA

Tipo di documento:

Numero

(carta d'identità, patente, passaporto)

Rilasciato da

il

chiede che la liquidazione della polizza sopramenzionata avvenga con la seguente modalità:

☐

mediante bonifico sulle seguenti coordinate bancarie relative al C/c a lui/lei intestato:

Banca

Agenzia n°

(indicare la denominazione sociale della Banca)

Comune

Provincia

(indicare il Comune in cui ha sede la Banca)

(sigla)

cod. A.B.I.

cod. C.A.B.

n° C/C

Intestato a

Data / /

Firma

☐

mediante bonifico sulle seguenti coordinate bancarie relative a persona diversa:

Sig./Sig.ra

nato/a a

Provincia

il / /

(indicare il Comune o lo Stato estero di nascita)

(sigla)

(data di nascita)

Residente in

Provincia

C.A.P.

(indicare il Comune di residenza se Persona Fisica, in cui si trova la sede legale se Società)

(sigla)

Indirizzo

(Via, Piazza, Corso, ecc.)

Codice fiscale o Partita IVA

Tipo di documento:

Numero

(carta d'identità, patente, passaporto)

Rilasciato da

il

Banca

Agenzia n°

(indicare la denominazione sociale della Banca)

Comune

Provincia

(indicare il Comune in cui ha sede la Banca)

cod. A.B.I.

cod. C.A.B.

n° C/C

Intestato a

Data / /

Firma del Percipiente

Prendo atto che i dati indicati nel presente modulo saranno utilizzati dalla Compagnia al fine di gestire la liquidazione richiesta

N.B. allegare copia fronte/retro del valido documento d'identità e codice fiscale

Data / /

☐ Firma del Contraente (per accettazione)

Data / /

☐ Firma del Beneficiario (per accettazione)

DA COMPILARE A CURA DELLA DIREZIONE

SCHEDA N. _____

UFFICIO _____

CODICE DIPENDENTE _____

DATA OPERAZIONE _____

VALUTA _____

IMPORTO _____

OPERAZIONE FRAZIONATA ☐ SI
☐ NO

CONTRAENTE/BENEFICIARIO ☐ PERCIPIENTE ☐

CODICE ESTERO ☐☐☐

SESSO ☐ M ☐ F

FIRMA COMPILATORE _____

DATA COMPILAZIONE _____

DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO ANTIRICICLAGGIO

FIRMA RICEVENTE _____

DATA RICEZIONE _____

FIRMA DI CHI REGISTRA LA SCHEDA _____

DATA REGISTRAZIONE _____

